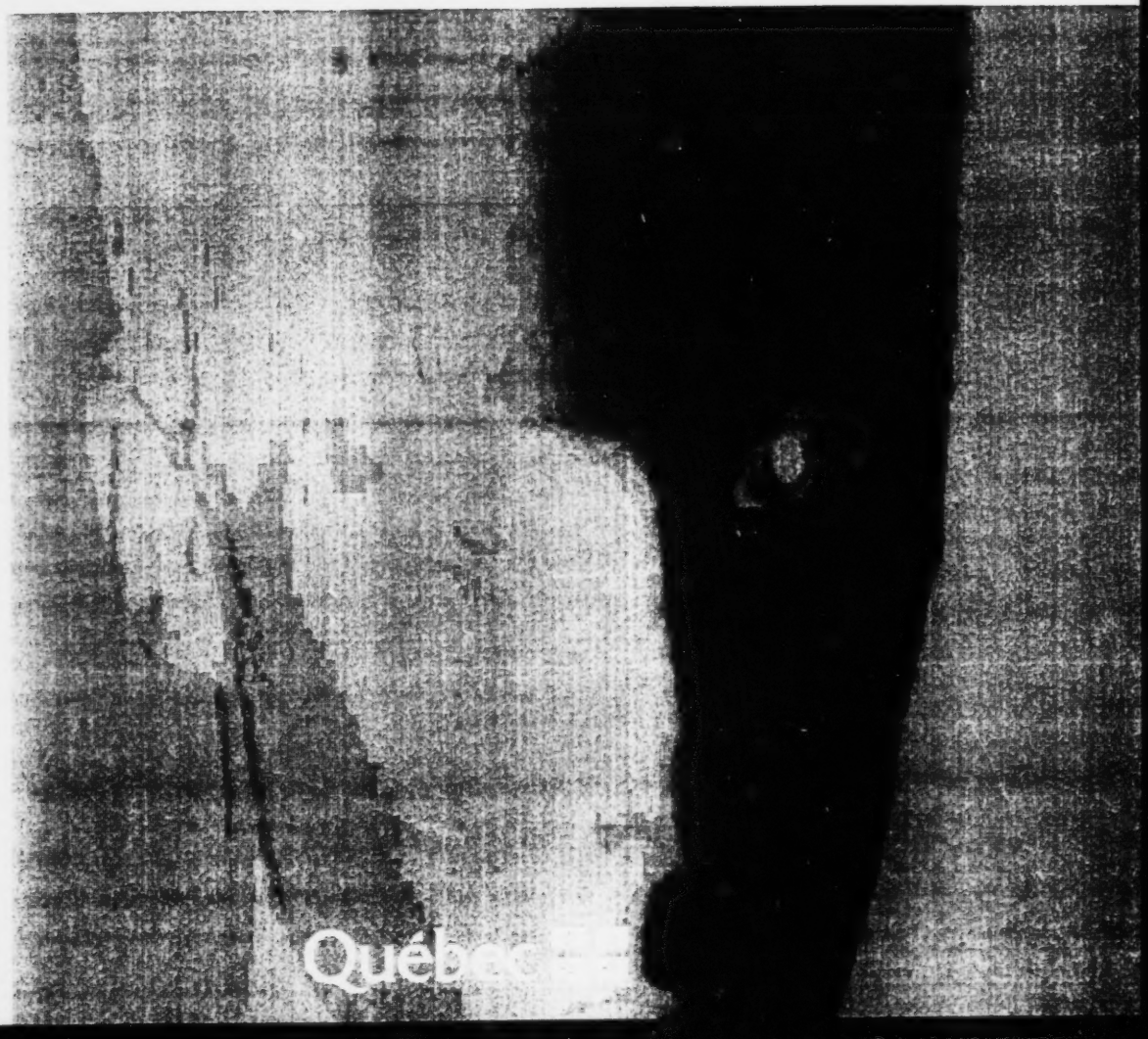
# ÉTUDE DE CAS DE SUICIDE DANS CHAUDIÈRE-APPALACHES

## Éléments permettant l'identification de stratégies d'intervention



# ÉTUDE DE CAS DE SUICIDE DANS CHAUDIÈRE-APPALACHES

## Éléments permettant l'identification de stratégies d'intervention

**Isabelle Lafleur**

Document produit par le Service de surveillance/recherche/évaluation
de la Direction de santé publique
de l'Agence de développement de réseaux locaux de services de santé
et de services sociaux de Chaudière-Appalaches

**Conception, analyse et rédaction**
Isabelle Lafleur agente de recherche sociosanitaire

Collaboration
Danny Belzile, agent de recherche sociosanitaire
Louise Paré, médecin-conseil
Édith St-Hilaire, agente de planification et programmation sociosanitaire

**Traitement de l'information**
Alexandre Leblanc-Saint-Cyr et Sylvie Veilleux techniciens en recherche psychosociale

**Réviseure du texte et mise en page**
Sylvie Lepage secrétaire

**Présentation ou référence suggérée**
LAFLEUR, Isabelle, et collab. *Étude de cas de suicide dans Chaudière-Appalaches : Éléments permettant l'identification de stratégies d'intervention*, Sainte-Marie, ADRLSSSS de Chaudière-Appalaches, Direction de santé publique, (SRE), 2005, 73 p.

Pour obtenir d'autres exemplaires de ce document,
faites parvenir votre commande

par télécopieur : (418) 386-3361
par téléphone : (418) 386-3558
ou par la poste : Centre de documentation
Agence de services de santé et de services sociaux
de Chaudière-Appalaches
363, route Cameron
Sainte-Marie (Québec) G6E 3E2

Dépôt légal
Bibliothèque nationale du Canada, 2004
Bibliothèque nationale du Québec, 2004
ISBN 2-89548-209-8
Document déposé à Santécom **(http://www.santecom.qc.ca/)** 12-2005-003

© Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches

Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à condition que la source soit mentionnée.

Note : *Le genre masculin ou féminin utilisé dans ce document l'est uniquement dans le but d'alléger le texte et peut aussi bien désigner les femmes que les hommes.*

*Afin de préserver la confidentialité, les personnes suicidées sont présentées comme étant de sexe féminin, alors que les proches sont présentés comme étant de sexe masculin.*

La réalisation de cette étude a été rendue possible
*grâce à une subvention octroyée conjointement par le ministère de la Santé et des Services sociaux*
et l'Agence de développement de réseaux locaux de services de santé
et de services sociaux de Chaudière-Appalaches
*dans le cadre du Programme de subventions en santé publique pour projets d'étude et d'évaluation.*

Mars 2005

# Table des matières

**LISTE DES TABLEAUX** ..... 7
**LISTE DES FIGURES** ..... 7
**REMERCIEMENTS** ..... 9
**INTRODUCTION** ..... 11

**MISE EN CONTEXTE** ..... 13
1.1 Le suicide, une problématique complexe ..... 13
1.2 But et objectifs de l'étude ..... 15
1.3 Méthodologie ..... 15
1.3.1 Type d'étude et variables à l'étude ..... 15
1.3.2 Échantillonnage ..... 18
1.3.3 Plan d'analyse ..... 19

**RÉSULTATS** ..... 21
2.1 Caractéristiques sociodémographiques des personnes suicidées ..... 21
2.1.1 Sexe, groupe d'âge, territoire et lieu de résidence ..... 21
2.1.2 Relation amoureuse significative, présence d'enfant, type de cohabitation et statut occupationnel ..... 22
2.2 Le geste suicidaire et son contexte ..... 25
2.2.1 Moment du suicide ..... 25
2.2.2 Lieu du suicide ..... 26
2.2.3 Les substances pouvant altérer la conscience au moment du passage à l'acte. 26
2.2.4 Moyens utilisés et liens possibles avec des substances toxicologiques ..... 30
2.3 Les problématiques vécues par les personnes suicidées ..... 32
2.3.1 Des pistes fournies par les parasuicides et les lettres de suicide ..... 32
2.3.2 Des pistes fournies par les personnes interrogées par la police ainsi que par les personnes suicidées ..... 35
2.4 Les liens entre les personnes suicidées et le réseau de la santé et des services sociaux ..... 39
2.5 Les personnes gravitant autour des personnes suicidées ..... 41

**LE SUICIDE DANS CHAUDIÈRE-APPPALACHES : PRÉVENIR, MAIS COMMENT?**.. 43
3.1 Des groupes qui se distinguent peu les uns des autres ..... 43
3.2 Des personnes vivant plusieurs problématiques, mais en interaction ..... 44
3.3 La prévention comment et pour qui? ..... 46
3.4 L'apport de cette étude ..... 50

**CONCLUSION** ..... 51
**RÉFÉRENCES CITÉES** ..... 53
**RÉFÉRENCES CONSULTÉES** ..... 55

**ANNEXES** ..... 59
Échantillonnage ..... 61
Formulaire de collecte de données ..... 63
Information supplémentaire sur les moyens utilisés pour se suicider ..... 65
Liste des médicaments identifiés par les analyses toxicologiques ..... 67
Liste des munitions ..... 73

# Liste des tableaux

Tableau 1 Répartition des personnes suicidées en fonction de la présence d'une relation amoureuse significative ..... 22

Tableau 2 Répartition des personnes suicidées selon leur type de cohabitation ..... 24

Tableau 3 Répartition des personnes suicidées selon le lieu du suicide ..... 26

Tableau 4 Dépassement des doses thérapeutiques[1] selon le nombre de médicaments identifiés ..... 28

Tableau 5 Répartition des personnes suicidées selon le nombre de médicaments pris associés à la santé mentale ou à la santé physique ..... 29

Tableau 6 Répartition des personnes selon leurs idées, leurs messages clairs ou leurs tentatives de suicide, par les problématiques qu'elles semblent avoir vécues . 39

Tableau 7 Répartition des personnes suicidées selon les liens possiblement entretenus avec le réseau de la santé et des services sociaux, par types de liens ..... 40

# Liste des figures

Figure 1 Pièces pouvant figurer au dossier de coroner ..... 17

Figure 2 Répartition des personnes suicidées en fonction des enfants qu'elles ont ..... 23

Figure 3 Répartition des personnes suicidées selon leur statut occupationnel ..... 24

Figure 4 Répartition des personnes suicidées selon la présence et le type de substance lors du suicide ..... 27

Figure 5 Répartition des personnes selon le moyen utilisé pour s'enlever la vie ..... 30

Figure 6 Répartition des personnes suicidées selon le moyen utilisé pour s'enlever la vie et la présence de substances révélée par les analyses toxicologiques ..... 31

Figure 7 Répartition des personnes suicidées selon la présence d'idées ou de tentatives de suicide ..... 33

Figure 8 Répartition des personnes suicidées voir avec selon les problématiques qu'elles semblent avoir vécu ..... 36

Figure 9 Répartition des dossiers faisant partie de l'échantillon ..... 61

# Remerciements

Nous tenons à remercier le Coroner en chef pour son autorisation à consulter les dossiers de coroner, ainsi que les membres de son bureau qui nous ont accueillis dans leurs locaux lors de cette consultation.

Cette étude n'aurait pas pu fournir des résultats aussi riches si le ministre de la Sécurité publique n'avait pas autorisé la consultation des rapports de police figurant aux dossiers de coroner. Nos remerciements lui sont donc aussi adressés.

# Introduction

Le suicide est une problématique de santé publique importante dans la région de la Chaudière-Appalaches. En effet, bien que cette région se situe au 6e rang des régions les plus populeuses du Québec (ISQ, 2005), elle arrive au 4e rang lorsqu'il s'agit du suicide (Roy, 2005). Cette situation se maintient dans le temps : depuis le début des années 1990, trois études de surveillance du suicide spécifiques à la région le démontrent (Bouchard, Chapdelaine et Mirault, 1992; Langevin, 1995; Roy, 2005), tout comme une étude provinciale récente (St-Laurent et Bouchard, 2004).

Dans le cadre du programme de subvention en santé publique, une nouvelle étude a été demandée afin d'obtenir des données plus fines sur les personnes de la région qui se sont suicidées dans les dernières années. Son but est d'avoir une meilleure compréhension des suicides qui s'y produisent, afin de pouvoir agir avec des interventions plus ciblées.

Le présent document se divise en trois sections. La première fait une brève mise en contexte de la problématique et présente le but, les objectifs et la méthodologie. La deuxième se compose des résultats, selon qu'ils traitent des caractéristiques socio-démographiques, du geste suicidaire et de son contexte, des problématiques vécues par les personnes suicidées, des liens possiblement entretenus avec le réseau de la santé et des services sociaux ou des personnes gravitant autour des personnes suicidées. Finalement, la dernière section sert à dégager un portrait du suicide dans Chaudière-Appalaches. Il pourra servir au développement de pistes d'intervention pour la prévention.

# Mise en contexte

Cette première section permet de situer la recherche dans son contexte. La complexité du suicide et de son étude est brièvement abordée, suivi du but et des objectifs de la recherche. La section se termine par la méthodologie et le plan d'analyse.

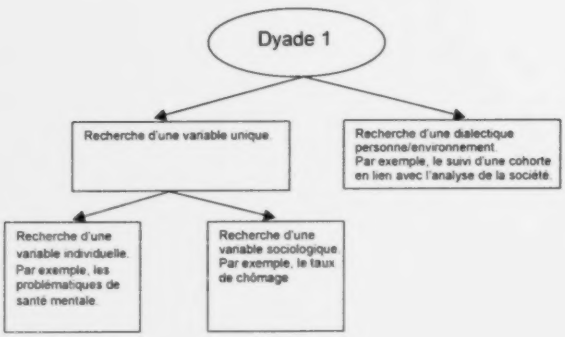
## 1.1 Le suicide, une problématique complexe

Les écrits portant sur le suicide sont nombreux et abordent ce sujet de multiples manières : données de surveillance; résultats de recherche; programmes de prévention, d'intervention et de postvention; évaluations d'intervention; essais et analyses sociologiques, philosophiques, etc. Un constat est commun aux études consultées : le suicide est une problématique complexe. Dans ces écrits, il semble y avoir différentes façons de l'étudier et de la comprendre. Ces façons se présentent en dyade.

### *Dyade 1*

Certaines études cherchent à identifier une ou des variables qui expliqueraient la prévalence du suicide. Ces variables peuvent être individuelles tels l'usage de l'alcool et de drogues, les problématiques de santé mentale (Boyer, 1999; Lesage, 1994) ou de délinquance juvénile (Chagnon, Renaud et Farand, 2001). Elles peuvent aussi être plus sociologiques (Nizard, Bourgoin et De Divonne, 1998). Par exemple, il peut s'agir d'étudier si les variations du taux de suicide suivent celles de l'économie (Cormier et Klerman, 1985). Qu'il s'agisse de variables individuelles ou sociologiques, les connaître ainsi que leurs liens avec le suicide permettrait de mieux cibler l'intervention sur elles afin de les modifier et ainsi faire diminuer l'incidence du suicide.

**Schéma 1**



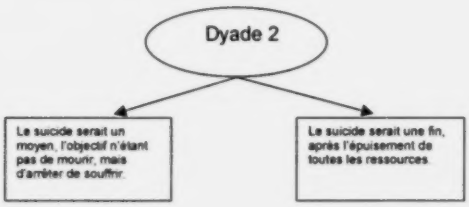

La deuxième catégorie de cette dyade est la recherche d'une dialectique entre la personne et son environnement (Mishara, 1999), par exemple le suivi de cohortes en lien avec

l'analyse de la société (Séguin, 1999, Legault et Pinard, 1999). Plus précisément, il peut s'agir d'étudier une génération particulièrement touchée par le suicide telle celle des *babyboomers* (Mishara, 1999; Gauthier et al., 1998), en lien avec l'environnement social afin de comprendre ce qui pourrait expliquer le suicide. Un autre exemple est ce que Gratton (1999) a appelé les *suicides d'être* qui mettent en évidence l'inadéquation entre les aspirations individuelles et les possibilités réelles de personnes qui se sont suicidées. Dans cette deuxième catégorie d'études, c'est le fruit de la dialectique personne/environnement qui expliquerait le mieux le suicide. Tout comme pour la première catégorie de cette dyade, mieux connaître ces dialectiques permettrait d'avoir une intervention plus restreinte et mieux ciblée afin de modifier soit les composantes individuelles, soit les composantes sociales de ces dialectiques et ainsi faire diminuer l'incidence du suicide.

### *Dyade 2*

La seconde façon d'aborder la problématique du suicide s'attarde à essayer de comprendre le cheminement fait par la personne qui se suicide. Autrement dit, ces études conceptualisent le suicide soit comme une fin, soit comme un moyen.

**Schéma 2**




Ainsi, pour certaines personnes le suicide pourrait être un moyen parmi tant d'autres pour arrêter une souffrance. L'objectif visé n'est pas tant la mort que d'arrêter de souffrir. Une personne qui se suicide à la suite de la réclamation d'une dette importante qu'elle a contractée, alors que tout semble bien aller dans ses autres domaines de vie constitue un exemple. Les études visant à restreindre l'accès à certains moyens tels les armes à feu ou l'accès à des ponts (Prévost, Julien et Brown, 1996) s'inscrivent aussi dans cette perspective. La logique de ces études étant que si le moyen n'est pas disponible, la personne recherchera un autre type de solution pour résoudre les difficultés rencontrées. Il s'agirait alors d'éduquer afin que les personnes disposent de plus de moyens pour faire face aux épreuves.

Pour d'autres, le suicide pourrait être l'aboutissement ou l'épuisement de toutes les ressources dont une personne a disposées, mais qui ont échoué dans l'allègement de ses souffrances. Un exemple serait une personne qui, à la suite de la perte de son travail, se fait expulser de son logement pour non-paiement, alors qu'elle est en cour pour la garde de son 2$^{e}$ enfant qu'on veut aussi lui retirer à cause de l'usage abusif qu'elle fait de psychotropes sur ordonnance. Les études qui reconstruisent les circonstances du suicide, en identifiant les facteurs stressants, prédisposants, précipitants et protecteurs, font parties de cette logique (Beaumont, 2000; Charbonneau, 2000; Lapierre, Pronovost, Dubé, Délisle, 1992; Renaud, Chagnon et Houle, 2001; Séguin, 1999). Il faudrait donc intervenir afin de mieux soutenir la personne dans ses épreuves.

Étant donné le but de la présente étude, celle-ci ne s'inscrit pas dans l'une ou l'autre de ces dyades. Par conséquent ces dernières n'ont pas été davantage investiguées. Cependant, ces dyades ont été utiles pour déterminer l'ensemble des variables à considérer afin d'être le plus exhaustif possible dans la collecte de données, sans être rattaché à l'une ou à l'autre école de pensée qui sous-tend les dyades. S'il s'avérait que des variables ou des logiques associées à l'une ou l'autre de ces dyades ressortent lors de l'analyse, elles pourraient être reprises pour le développement des interventions de prévention.

## 1.2 But et objectifs de l'étude

Le but de l'étude est d'obtenir les données les plus exactes et complètes possibles sur le suicide, à partir des données tirées des dossiers de coroner.

L'objectif général est d'améliorer les connaissances actuelles sur les causes et circonstances entourant un suicide, de manière à optimiser les interventions préventives dans la région de la Chaudière-Appalaches.

Objectifs spécifiques :

1) Identifier les caractéristiques des personnes qui se sont suicidées en Chaudière-Appalaches, à partir des données disponibles dans les dossiers de coroner
2) Comparer les particularités selon le sexe, le groupe d'âge et le territoire de résidence
3) Suggérer des pistes d'intervention pour améliorer la prévention du suicide.

## 1.3 Méthodologie

La méthodologie se divise en trois sous-parties, traitant du type d'étude et des variables à l'étude, de l'échantillonnage et du plan d'analyse.

### *1.3.1 Type d'étude et variables à l'étude*

Il s'agit d'une étude exploratoire faite à partir des dossiers fermés des coroners. Un formulaire informatisé a été élaboré afin de colliger de manière systématique les données contenues dans ces dossiers. Ce dernier s'est inspiré des formulaires utilisés dans deux autres recherches québécoises portant sur le suicide, soit l'étude des coroners (MSSS, 2000) et celle de la Côte-Nord (Chartrand et coll., 2001). Un prétest (10 questionnaires) a permis l'ajustement du formulaire pour améliorer son adéquation aux données qui se trouvent au dossier. La recherche ne s'est pas faite à partir d'un modèle théorique prédéterminé. Ainsi, la démarche ici effectuée est l'inverse des deux autres études précitées, c'est-à-dire qu'il s'agit d'une démarche inductive plutôt que déductive.

Les données apparaissant au dossier de coroner ont été colligées et classées en fonction :

1) de leur provenance
2) des caractéristiques du suicide
3) des données socioéconomiques des personnes suicidées

4) de leur profil de santé, comprenant les événements de vie, les stresseurs, les diagnostics et les différents types de suivi
5) du nombre et du type de liens filiaux des personnes interrogées par la police
6) des caractéristiques des armes à feu utilisées
7) des spécificités des cas d'empoisonnement au monoxyde de carbone (voir le formulaire en annexe).

Malgré les modifications apportées au formulaire à la suite du prétest, un grand nombre de données ont été colligées sur une base qualitative, car les catégories du formulaire ne correspondaient pas aux données trouvées.

Les données proviennent de 194 dossiers de coroner; 194 rapports de police; environ 87 rapports médicaux et environ 109 rapports d'analyse toxicologique[1]. Il est à noter qu'il y a significativement plus de rapports médicaux faisant partie des dossiers des femmes (55 %) que ceux des hommes (39 %) ($p = 0,033$). De plus, il y a proportionnellement plus de rapports toxicologiques chez les 25-44 ans que dans les autres groupes d'âge (70 % c. 56 % des dossiers en moyenne, $p = 0,046$).

Concernant les analyses toxicologiques, la seule différence significative trouvée a trait au territoire de résidence. Plus d'analyses seraient faites dans certains territoires que dans d'autres.

Le matériel provient de données secondaires, c'est-à-dire de données qui n'ont pas été conçues pour les fins auxquelles elles sont utilisées. Certaines sont claires et ne prêtent pas à interprétation, comme le sexe de la personne. D'autres, comme l'âge, ont parfois nécessité une décision arbitraire. Ainsi, lorsque le jour du décès est inconnu, c'est le 15 du mois qui a été inscrit dans la base de données afin de pouvoir calculer l'âge de la personne au moment du décès. Finalement, lorsqu'il s'agit des problématiques identifiées par l'entourage de la personne qui s'est suicidée, les données proviennent des personnes interrogées par les policiers à la suite du suicide d'une personne qui leur était proche. Ces données sont incomplètes, mais elles relèvent de la perception de l'entourage et du sens qu'il tente de donner au geste suicidaire. Elles sont tout de même considérées dans l'étude, car elles représentent ce qui est perçu par l'entourage de la personne suicidée, ce qui peut fournir des pistes de réflexion et d'action à développer eu égard à la prévention du suicide. Les précisions seront apportées dans les résultats lorsqu'elles s'avèreront nécessaires.

### *Vérification des données*

Plus de 60 dossiers de coroner ont fait l'objet d'une deuxième saisie et cela, afin de s'assurer de l'adéquation de la collecte de données effectuée par deux personnes. Après avoir comparé ces deux saisies, la deuxième n'a plus été considérée.

De manière générale, les données colligées deux fois sont semblables, même si le niveau de précision noté peut parfois différer. Par exemple, une personne a pu indiquer « violent, sous mandat d'arrêt », alors que l'autre personne a pu indiquer « recherché par la police pour s'être battu avec un bâton de baseball, la victime repose dans un état critique à l'hôpital ».

---

1. Le nombre de rapports médicaux est approximatif, car au tout début, les rapports d'autopsie ont été confondus avec les rapports médicaux. Il y a davantage de résultats d'analyses toxicologiques qu'il y a de rapports d'analyse, car les résultats sont parfois intégrés au rapport d'investigation du coroner sans que le rapport d'analyse soit physiquement au dossier.

Le format du formulaire de saisie utilisé est responsable de ces différences, ainsi que la nature des dossiers consultés. En effet, pour ce qui est du format du formulaire, les études consultées ayant procédé par une approche déductive, les catégories du formulaire étaient prédéterminées et les personnes qui le remplissaient s'y tenaient strictement. Dans la présente étude, le processus était l'inverse. Ainsi, l'information colligée a été celle disponible et cette dernière ne correspondait pas toujours au format du formulaire. Des synthèses ont donc été faites pour pouvoir conserver toute l'information. Ce processus de synthèse a amené des différences dans le niveau de précision, mais pas dans la nature des thèmes abordés.

Pour ce qui est de la nature des dossiers, ceux-ci sont complétés par des intervenants différents (coroners, professionnels de la santé et policiers). Concrètement, le coroner analyse l'information disponible (principalement médicale, psychosociale et judiciaire) et l'expose dans son rapport d'investigation. Le coroner peut aussi demander une autopsie et des analyses toxicologiques s'il les juge nécessaires. Il peut demander les dossiers médicaux et psychosociaux qui relatent l'histoire de cas, le suivi et parfois des évaluations spécialisées. Pour leur part, les rapports de police comportent les versions de tous les policiers et enquêteurs en plus des témoignages des personnes interrogées. Le dossier de coroner qui contient tous ces rapports est donc volumineux (Figure 1).

**Figure 1**
**Pièces pouvant figurer au dossier de coroner**

**DOSSIER DE CORONER**

**Rapport d'investigation du coroner**
- Rapport d'autopsie (spécifique au coroner et demandé par lui)
- Rapport d'analyses toxicologiques (spécifique au coroner et demandé par lui)

**Rapport médicaux et psychosociaux**
- Visites à l'urgence
- Visites de routine
- Examens de routine
- Examens spécialisés
- Consultation spécialisée
- Rapports d'évaluation
- Etc.

**Rapport de police – rapport d'enquête**
- Version de tous les policiers et enquêteurs
- Version de tous les témoins et proches interrogés

Sauf pour le rapport d'investigation du coroner, la majorité de l'information du dossier de coroner se trouve sous forme manuscrite et dactylographiée. Parfois, les versions manuscrites sont plus détaillées que celles dactylographiées. Ainsi, il y a répétition de l'information à l'intérieur d'un même dossier. Cette répétition, tout comme la capacité de lire les manuscrits, accroît certainement le risque de passer à côté d'une nouvelle information qui ferait augmenter le niveau de précision. Quoi qu'il en soit, seul le niveau de précision fluctue entre les deux personnes ayant colligé les données, le contenu reste le même.

La seule différence d'importance lorsque les dossiers sont comparés a trait à la codification des variables *personnes interrogées par la sécurité publique* :

1. Il y a eu un problème informatique avec la variable *membres de la parenté interrogés*, dont la codification n'a jamais été enregistrée.
2. Une des personnes effectuant la saisie considérait comme personne interrogée les ambulanciers et les policiers identifiés comme témoins dans les rapports de police, tandis que l'autre personne effectuant la saisie ne les considérait pas, puisqu'il ne s'agissait que des premiers intervenants arrivés sur les lieux de l'événement.
3. Il y a eu un manque de constance dans la codification des amoureux, des amis de cœur, des époux et des conjoints. Ces différents « amoureux » ont été catégorisés comme des *conjoints* par l'une des personnes effectuant la saisie et dans les catégories *conjoints*, *amis* ou *autres* par l'autre personne effectuant la saisie.
4. Corollairement, des ex-amoureux, des ex-amis de cœur, des ex-époux et des ex-conjoints ont parfois été catégorisés comme des *ex-conjoints*, parfois comme des *ex-conjoints* ou *autres*, selon les personnes ayant effectué les saisies.

Les variables se rapportant au nombre de personnes interrogées n'ont donc pas été considérées dans les analyses[2].

Outre ces variables, globalement, l'information recueillie dans les dossiers saisis deux fois par deux personnes différentes est comparable.

### *1.3.2 Échantillonnage*

La base de données du coroner contient de l'information sur 428 personnes de Chaudière-Appalaches qui se sont suicidées entre janvier 2000 et octobre 2004. Au début octobre 2004, l'information était complète pour 394 personnes, c'est-à-dire que 394 dossiers étaient fermés. Un échantillon par choix raisonné a été composé à partir de deux critères : représenter tous les groupes d'âge (moins de 25 ans; 25-44 ans; 45-64 ans et 65 ans et plus) et les sexes. Ainsi, deux groupes d'âge (moins de 25 ans et 65 ans et plus) et les femmes (toutes les femmes devaient être retenues, sauf 5 du groupe de 45-64 ans) ont été surreprésentés afin d'avoir un nombre suffisant de personnes dans chacune des catégories pour traiter l'information.

Par la suite, à l'intérieur de chacun des groupes, les dossiers ont été sélectionnés de manière aléatoire, sauf pour les femmes âgées de moins de 25 ans et celles de 65 ans et plus dont tous les dossiers étaient visés.

Après la collecte de données, l'échantillon est légèrement différent de celui qui avait été prévu au départ, certains dossiers sélectionnés n'étant pas disponibles. Cette situation est attribuable à la logistique des dossiers au bureau du coroner où la collecte a été effectuée. De plus, une contrainte de temps prévalait, alors la collecte de données s'est terminée dans les délais prévus avec 6 sujets en moins, c'est-à-dire 194 sujets au lieu de 200 (voir en annexe pour les détails).

---

2. Il aurait été intéressant d'avoir ces données, car les deux personnes ayant effectué la saisie de données ont l'impression que les dossiers de coroner des hommes sont moins longs que ceux des femmes : cela a pris le même temps pour consulter les dossiers des hommes que ceux des femmes, alors qu'il y a presque deux fois plus de dossiers d'hommes que de femmes.

### *1.3.3 Plan d'analyse*

Dans un premier temps, le matériel qualitatif (provenant surtout des caractéristiques du suicide et du profil de santé) a été codifié par thèmes et, intégré dans la base de données et traité avec le matériel quantitatif. Par la suite, des analyses de distribution ont été effectuées pour chacune des variables. Des analyses d'association ont été faites pour l'ensemble des variables avec les variables *groupes d'âge*, *sexe* et *territoire de résidence*, ce territoire référant au territoire desservi par les nouveaux centres de santé et de services sociaux (CSSS).

Le but recherché avec ces analyses d'association est de faire ressortir les spécificités qu'il pourrait y avoir et qu'il serait utile de connaître afin d'avoir une intervention plus ciblée. Le chi carré a été utilisé pour ces analyses, seules les analyses avec un seuil d'indépendance inférieur à 0,05 ont été conservées. Lorsque moins de 50 % des cellules comptaient moins de cinq sujets, les valeurs espérées ont été considérées. Si ces valeurs étaient égales ou supérieures à la valeur espérée calculée lors du chi carré, les associations ont été considérées significatives, sinon elles ont été considérées comme non significatives.

Afin d'alléger la lecture du rapport, les résultats ont été arrondis à l'unité plutôt qu'à la décimale. Ainsi, parfois les totaux sont de 99 % ou de 101 % plutôt que de 100 % comme il devrait être.

Lorsque les données n'ont pas été trouvées à l'intérieur des dossiers de coroner, « information non trouvée » est indiquée dans les résultats.

# Résultats

Les résultats de l'étude sont présentées sous cinq grands thèmes, soit les caractéristiques sociodémographiques des personnes suicidées; les gestes suicidaires et leur contexte; les problématiques vécues par les personnes suicidées; les liens possibles entre les personnes suicidées et le réseau de la santé et des services sociaux et les personnes qui ont vécu ou qui sont intervenues auprès de la personne suicidée.

Comme le but de l'étude est d'avoir des données sur le suicide dans Chaudière-Appalaches et qu'il s'agit d'une étude de type inductive plutôt que déductive, l'organisation des données ne s'est pas faite à partir d'un modèle théorique, mais bien par thème. Ainsi, chacun des thèmes est complet en soit, mais le fil conducteur entre chacun d'eux est plus ténu.

## 2.1 Caractéristiques sociodémographiques des personnes suicidées

De l'information sur plusieurs caractéristiques sociodémographiques est disponible. Cependant, d'un dossier à l'autre, ce ne sont pas les mêmes caractéristiques qui sont documentées. Il en résulte que les données non trouvées sont parfois nombreuses. Les proportions peuvent parfois être très différentes, selon qu'elles tiennent compte ou non de ces données. Les distributions sont présentées en tenant compte de ces données dans les calculs des proportions, alors que les analyses d'association sont calculées sans elles.

### *2.1.1 Sexe, groupe d'âge, territoire et lieu de résidence*

L'échantillon est composé de près de deux fois plus d'hommes (n = 125) que de femmes (n = 69), ce qui n'est pas représentatif de la réalité des personnes suicidées où les femmes sont encore moins nombreuses comparativement aux hommes.

**= 125** **= 69**

La répartition selon l'âge est la suivante :

- 19 % a moins de 25 ans
- 33 % a de 25 à 44 ans
- 34 % a de 45 à 64 ans
- 15 % a 65 ans et plus

La répartition des personnes suicidées de l'échantillon ne correspond donc pas à la réalité des personnes suicidées de la région qui sont proportionnellement plus nombreuses à être âgées entre 25 et 64 ans.

Pour ce qui est du lieu de résidence avant le suicide,

- 5 % des personnes habitaient sur le territoire du Centre de santé et des services sociaux (CSSS) des Etchemins
- 7 % des personnes habitaient sur le territoire du CSSS de Montmagny-L'Islet
- 16 % sur le territoire du CSSS de la région de Thetford
- 26 % sur le territoire du CSSS de Beauce
- 46 % sur le territoire du CSSS du Grand Littoral.

Pour différentes raisons, cette distribution n'est pas comparée avec la réalité.

Pour ce qui est du type de résidence, 93 % de l'échantillon habitent dans une maison ou un appartement, 5 % dans d'autres types de résidence (famille d'accueil, hôtel, motel, foyer de groupe, etc.) et pour 2 % les données n'ont pas été trouvées.

### *2.1.2 Relation amoureuse significative, présence d'enfant, type de cohabitation et statut occupationnel*

Des données sont disponibles quant au statut civil, à la présence d'enfants, au type de cohabitation et au statut occupationnel des personnes suicidées. Ces données peuvent donner un aperçu d'un réseau social ou de soutien possible des personnes décédées. Cependant, ces données doivent être interprétées avec prudence, car l'information n'est pas colligée de manière systématique dans les dossiers de coroner. De plus, lorsque l'information est disponible, elle laisse beaucoup de place à la subjectivité[3].

Ainsi, pour ce qui est du statut civil des personnes suicidées, étant donné les lacunes constatées dans le matériel disponible, l'information sur l'existence d'une relation amoureuse significative a été regroupée sous ce concept, alors que les personnes identifiées comme étant célibataires, veuves, séparées ou divorcées ont été regroupées sous le concept « seule » (Tableau 1). Il en ressort que la majorité (50 %) des personnes suicidées sont seules, alors que plus du tiers (37 %) ont une relation amoureuse significative.

**Tableau 1**
**Répartition des personnes suicidées en fonction de la présence d'une relation amoureuse significative**

| Statut | Personnes ayant ce statut (n = 194) |
|---|---|
| **Seule** | 50 % |
| **Relation amoureuse significative** | 37 % |
| **Information non trouvée** | 13 % |

3. Par exemple, dans une situation, les personnes interrogées par la police parlaient toutes de l'ami de cœur de la personne suicidée. Finalement, l'ami de cœur cohabitait et était le « conjoint » de cette personne depuis plus de 20 ans, mais comme elle n'était pas aimée par l'entourage de son conjoint, les personnes interrogées minimisaient les liens les unissant. Un autre exemple est le terme « célibataire » qui semble parfois faire référence à un style de vie plutôt qu'à un statut civil. Ainsi, les personnes interrogées par la police disent que la personne suicidée a toujours été célibataire, mais l'ex-ami de cœur qui vient de la quitter est aussi interrogé par la police. Autrement dit, les personnes identifiées comme étant célibataires, divorcées, séparées ou veuves ne sont pas nécessairement seules. Elles peuvent avoir une relation amoureuse et habiter ou non avec cette personne. D'ailleurs, St-Laurent et Bouchard (2004) ont conclu à l'impossibilité d'établir le statut civil des personnes suicidées à partir des données disponibles pour leur étude.

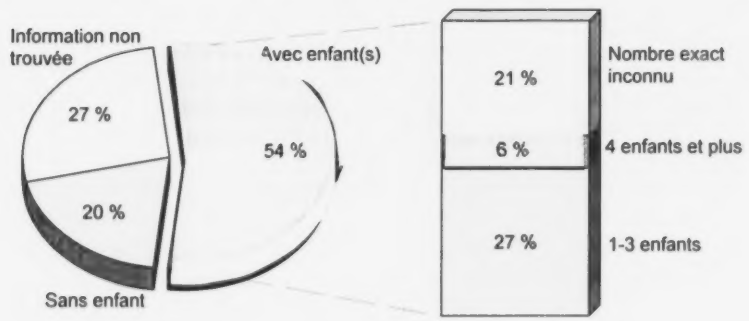
Lorsque l'information est disponible, les personnes de moins de 25 ans sont significativement plus « seules » qu' « en couple » (97 % sont seules et 3 % en couple, comparativement à l'ensemble des personnes dont les distributions respectives sont 57 % et 43 %; n = 169; p < 0,001).

La présence d'enfants a aussi été considérée, car ceux-ci sont parfois invoqués par les personnes ayant des idées suicidaires comme raison de ne pas passer à l'acte. Cela a été le cas pour certaines personnes suicidées de l'étude.

- ❖ J'ai demandé à mon conjointe si j'avais à craindre qu'elle se suicide. Elle m'a répondu « non, je ne veux pas faire cela aux enfants ».
- ❖ Un ami ne comprend pas : « Elle m'avait dit qu'elle ne se suiciderait pas à cause de ses enfants et là, elle s'est pendue devant son plus jeune. ».

La figure suivante met en évidence que plus de la moitié des personnes suicidées de l'échantillon (54 %) ont des enfants, 20 % n'en ont aucun et pour 27 %, l'information n'a pas été trouvée au dossier.

**Figure 2**
**Répartition des personnes suicidées en fonction des enfants qu'elles ont**
(n = 194)




Pour les personnes dont l'information est disponible, les personnes suicidées de moins de 25 ans sont significativement plus nombreuses à être sans enfant (100 % n'ont pas d'enfant, comparativement à l'ensemble dont seulement 27 % est sans enfant; n = 141; p < 0,001).

Une autre différence significative eu égard au fait d'avoir des enfants a trait au sexe. Plus d'hommes (34 %) que de femmes (17 %) sont sans enfant (p = 0,030). Cette différence pourrait être attribuable au fait que cette information est moins recherchée lorsqu'il s'agit des hommes.

Finalement, le type de cohabitation (Tableau 2) et le statut occupationnel (Figure 3) révèlent aussi si la personne côtoie d'autres personnes. Pour ce qui est du fait de vivre avec des

enfants, cette réalité a été associée à vivre seul. C'est une décision arbitraire basée sur la logique que le niveau de vigilance ou la possibilité d'intervention des enfants vis-à-vis d'un adulte peuvent être moindre que ceux des adultes.

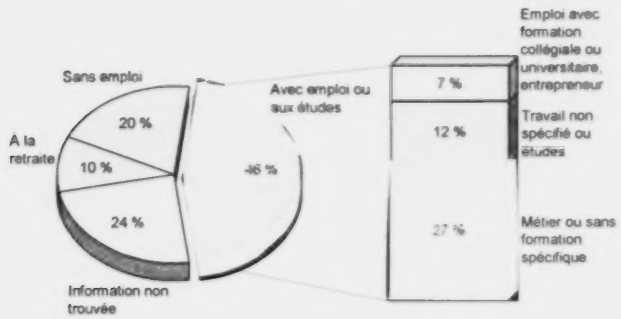
**Tableau 2**
**Répartition des personnes suicidées selon leur type de cohabitation**

| Type de cohabitation | Personnes visées (n = 194) |
|---|---|
| **Avec d'autres adultes** | 59 % |
| **Seule ou avec enfants** | 38 % |
| **Information non trouvée** | 4 % |

Près de deux personnes sur cinq (59 %) vivent avec d'autres adultes. Une fois l'information non trouvée enlevée, il y a une différence significative ayant trait à l'âge, les jeunes de moins de 25 ans vivent plus avec d'autres adultes (83 % c. 61 %; n = 187; p < 0,003).

Pour ce qui est du statut occupationnel, un peu moins du tiers des personnes (30 %) ne travaillent pas et ne sont pas aux études et moins d'une personne sur deux (46 %) travaille ou est aux études. Pour près du quart de l'échantillon (24 %), le statut occupationnel n'a pas été identifié. La figure suivante représente le statut occupationnel des personnes suicidées[4].

**Figure 3**
**Répartition des personnes suicidées selon leur statut occupationnel**
(n = 194)




Lorsque c'est le fait d'être ou non en emploi qui est considéré, la seule différence significative trouvée est que les personnes âgées de 65 ans et plus sont plus nombreuses à être sans emploi qu'en emploi (100 % c. 40 %; n = 147; p = 0,027).

4 Il est à noter que très peu de personnes ont été identifiées comme étant agricultrice. Cet emploi a dont été intégré à la catégorie *métier ou sans formation spécifique*.

Pour résumer, les personnes suicidées ne sont pas totalement isolées lorsqu'on considère qu'elles côtoient des personnes dans différents contextes. Plus du tiers (37 %) des personnes ont une relation affective significative (amoureuse) et plus de la moitié (54 %) ont des enfants. Près de trois personnes suicidées sur cinq (59 %) vivent avec un (ou des) adulte(s). Près de la moitié (46 %) sont intégrées dans un réseau d'emploi. Le croisement de ces différentes variables ne permet pas de mettre en évidence un groupe de personnes qui seraient totalement isolées, c'est-à-dire qui vivraient seules, sans enfant, sans relation amoureuse, ni travail.

## 2.2 Le geste suicidaire et son contexte

Cette partie présente les résultats sur le moment et le lieu du suicide, la présence de produits pouvant altérer la conscience et les moyens utilisés.

### *2.2.1 Moment du suicide*

La répartition des personnes suicidées de l'étude est semblable, pour les années 2000-2003, c'est-à-dire 23 %, alors que 2004 compte 9 % des personnes suicidées. Cette dernière année s'arrête en octobre et un plus grand nombre de dossiers n'étaient pas fermés lors de la collecte de données.

Pour ce qui est de la répartition saisonnière des suicides, 26 % des suicides ont été complétés en hiver, à l'été ou à l'automne, alors que 22 % des suicides ont eu lieu au printemps.

Le moment du mois ne semble pas influencer le geste suicidaire puisque la répartition des suicides à partir de cette variable est assez uniforme.

Le jour de la semaine où le suicide se produit varie quelque peu. En ordre décroissant, ces jours sont mardi (21 %), jeudi (15 %), mercredi (14 %), samedi (13 %), vendredi et lundi (11 %) et dimanche (10 %). Il y a 4 % des personnes pour qui l'information est manquante. Ainsi, les trois jours du milieu de la semaine sont ceux où le plus de personnes se sont suicidées.

Il semble y avoir moins de suicide la nuit : pour les personnes dont cette donnée est disponible (n = 99) :

- 28 % se sont suicidées entre 6 h et 12 h
- 33 % entre 12 h et 18 h
- 29 % entre 18 h et 24 h
- 9 % entre 0 h et 6 h.

Il semble donc y avoir moins de suicide la nuit, mais cette différence pourrait être attribuable au moment où le corps est découvert et au moment où le décès est constaté.

À la lecture des dossiers de coroner, pour 5 % des personnes (n = 9), le suicide a semblé être une solution immédiate, c'est-à-dire une réaction à un événement qui vient de se produire. Aucune différence significative quant au sexe, à l'âge ou au lieu de résidence n'est ressortie. Les seules différences identifiées sont à l'effet que le suicide comme

solution immédiate n'est apparu pour aucune personne ayant des troubles mentaux sévères et persistants ou des problèmes de santé physique (p = 0,040 et p = 0,031 respectivement).

### *2.2.2 Lieu du suicide*

Pour ce qui est du lieu où le suicide a été commis (tableau 3), c'est majoritairement (69 %) à la résidence de la personne (intérieur, jardin, garage, bâtiment de ferme, etc.), suivi d'un lieu public(24 %) (boisé, lot à bois, route, voie ferrée, cour d'eau, hôtel, etc.) et d'un lieu connu de la personne (6 %) (chalet ou résidence d'une connaissance, travail, cabane à sucre, etc.

**Tableau 3**
**Répartition des personnes suicidées selon le lieu du suicide**

| Lieux | Personnes visées (n = 194) |
|---|---|
| **Résidence de la personne** | 69 % |
| **Lieu public** | 24 % |
| **Propriété d'une connaissance, milieu de travail** | 6 % |
| **Information non trouvée** | 1 % |

Les femmes sont proportionnellement plus nombreuses à se suicider à leur résidence que les hommes (81 % c. 64 %; n = 192; p = 0,013). Une telle différence n'est pas notée en fonction du groupe d'âge ou du territoire de résidence.

Pour au moins deux personnes, les proches savaient où entreprendre les recherches pour retrouver la personne disparue : des suicides familiaux auraient déjà eu lieu au même endroit.

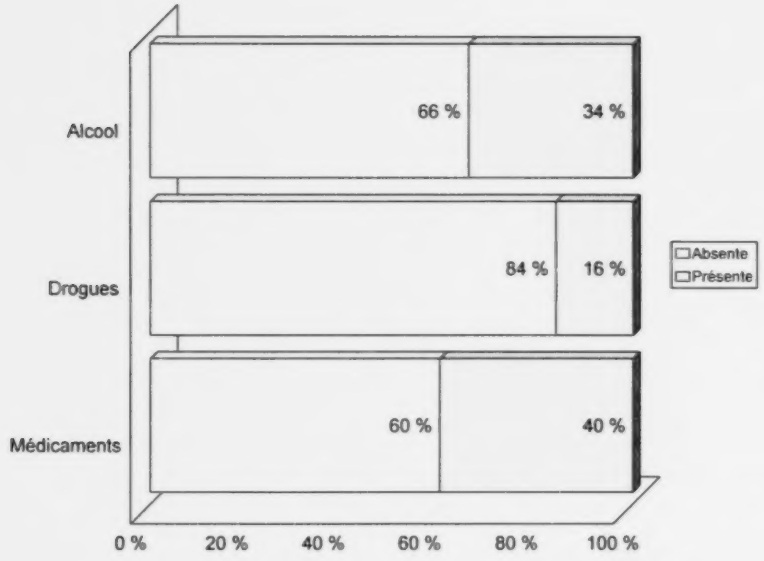
Le dernier aspect abordé quant au lieu du suicide, a trait au fait que le suicide est parfois perpétré alors qu'il y avait d'autres personnes dans la maison. Cette situation a été identifiée pour au moins 16 personnes (8 % de l'échantillon). Les moyens utilisés sont divers : arme à feu, prise de médicaments, pendaison. Dans quatre situations au moins, les occupants, craignant pour leur vie, ont évacué la maison laissant derrière eux la personne qui menaçait de s'enlever la vie. Il est à noter que les situations où la personne suicidée a quitté un groupe de personne pour aller se suicider n'ont pas été suffisamment documentées lors de la collecte de données pour que ces résultats puissent être présentés.

### *2.2.3 Les substances pouvant altérer la conscience au moment du passage à l'acte*

Après avoir présenté un portrait général, cette partie se subdivise selon qu'elle traite de l'alcool et des drogues ou des médicaments.

Des analyses toxicologiques sont disponibles pour 125 personnes[5] (64 %). Elles fournissent des données sur le taux d'alcool, l'usage de drogues illicites, de médicaments[6]. L'alcool a été identifié dans 34 % des cas (n = 42), des drogues dans 16 % des cas (n = 20) et des médicaments dans 40 % des cas (n = 50). La Figure 4 récapitule l'information disponible sur les analyses toxicologiques.

**Figure 4**
**Répartition des personnes suicidées selon la présence et le type de substance lors du suicide**
(n = 125)




Finalement, 84 personnes suicidées (67 % des personnes ayant des analyses toxicologiques) ont eu au moins une substance (alcool, drogue ou médicament, sans considérer le nombre de médicaments ou de drogues) identifiée par les analyses toxicologiques, pour une moyenne de 1,3 substance par personne. Plus précisément, 58 personnes avaient une seule substance, 24 personnes avaient deux substances et 2 personnes avaient les trois substances. Ces substances sont ici reprises afin de présenter toute l'information disponible sur chacune d'elles.

---

5. Dans certains cas, il n'est pas possible ou pertinent d'effectuer ces analyses, dans d'autres cas, les dossiers ne mentionnent pas la raison pour laquelle ces analyses n'ont pas été effectuées. Le croisement de ces résultats avec la problématique *abus ou dépendance à l'alcool ou aux drogues* identifiée par l'entourage de la personne indique que 16 personnes dont l'usage d'alcool, de drogues ou de médicaments a été identifié comme étant abusive n'ont pas eu d'analyses toxicologiques.
6. Ces analyses fournissent aussi les taux de carboxyhémoglobine qui indiquent la quantité de monoxyde de carbone dans le sang, mais cette donnée n'a pas été retenue dans l'étude.

*Alcool et drogues*

Chez les personnes dont l'alcool (n = 42) a été identifié, l'alcoolémie varie de 0,06 à 0,295. Pour ce qui est des drogues (n = 20) identifiées[7], il s'agit principalement de la cocaïne ou de ses métabolites (dans le sang ou dans l'urine) (10 personnes[8]), suivi du cannabis (7 personnes) et de la phencyclidine (PCP) (3 personnes). Pour quelques personnes, plus d'une drogue a été identifiée. Si la cocaïne faisait partie de ces drogues, c'est cette information qui a été retenue, sinon c'est le PCP.

Pour l'alcool et les drogues, une seule différence attribuable à l'âge a été trouvée. Plus les personnes suicidées étaient jeunes, plus les analyses ont révélé la présence de drogues (42 % des moins de 25 ans à 0 % pour les plus de 65 ans; n = 125; $p < 0,001$).

*Médicaments*

Eu égard aux médicaments (n = 50[9]), différentes données sont disponibles, soit le dépassement des doses thérapeutiques, le nombre de médicaments identifiés, le type de médicaments identifiés et l'accessibilité des médicaments (sous ordonnance ou en vente libre).

Les taux thérapeutiques n'étant pas toujours disponibles, il n'est pas possible d'avoir toute l'information sur le dépassement des doses thérapeutiques[10]. Ainsi, pour 27 des 41 personnes (66 %) pour qui l'information est disponible, la quantité de médicaments identifiée par les analyses toxicologiques dépasse les doses thérapeutiques.

Pour ce qui est du nombre de médicaments identifiés par les analyses toxicologiques, pour 34 personnes sur 49 (69 %), il y en a un ou deux. Pour 15 personnes (31 %), il y a plus de 3 médicaments d'identifiés.

**Tableau 4**
**Dépassement des doses thérapeutiques[1] selon le nombre de médicaments identifiés**

| Dépassement des doses | 1 ou 2 médicaments (n = 34) | 3 médicaments et + (n = 15) |
|---|---|---|
| **Oui** (n = 27) | 15 | 12 |
| **Non** (n = 14) | 12 | 2 |
| **Inconnu** (n = 8) | 7 | 1 |

1. Lorsque plus d'un médicament était identifié, il suffisait qu'un seul médicament dépasse la dose thérapeutique pour être identifié « oui » dans cette catégorie.

Le Tableau 4 permet aussi de voir le croisement entre le nombre de médicaments retrouvés et le dépassement des doses thérapeutiques. Les personnes prenant le plus de

7. La lidocaïne a été classée comme une drogue lorsque la cocaïne était aussi identifiée chez la personne, alors qu'elle a été classée comme un médicament lorsqu'il n'y avait pas de cocaïne. Il en est de même de la codéine.
8. Pour une de ces personnes, l'information ne provient pas de l'analyse toxicologique qui n'a pas été demandée, mais du ou de la partenaire de consommation.
9. Pour une personne décédée par empoisonnement médicamenteuse, les données sur les médicaments sont manquantes.
10. Lorsque plus d'un médicament était identifié, il suffisait qu'un seul dépasse la dose thérapeutique pour être catégorisé « oui ».

médicaments sont proportionnellement plus nombreuses à dépasser les doses thérapeutiques.

Pour ce qui est du type de médicaments identifiés, il s'agit soit de médicaments pour la santé mentale, soit de médicaments pour la santé physique (liste et fréquence des produits en annexe). Plus de médicaments associés à la santé mentale ont été identifiés (Tableau 5) :

- en moyenne, il y a 1,94 médicament pour la santé mentale et 0,73 médicament pour la santé physique, soit 2,7 fois plus de médicaments pour la santé mentale
- pour 16 % des personnes aucun médicament pour la santé mentale n'a été identifié, alors que pour 51 % des personnes, aucun médicament pour la santé physique n'a été identifié
- 3 médicaments et plus pour la santé mentale ont été identifiés chez plus de 25 % des personnes, alors que le même nombre de médicaments pour la santé physique se retrouve chez 6 % des personnes.

**Tableau 5**
**Répartition des personnes suicidées selon le nombre de médicaments pris associés à la santé mentale ou à la santé physique**

| Nombre de médicaments | Médicaments associés à la santé mentale (n = 49) | Médicaments associés à la santé physique (n = 49) |
|---|---|---|
| 0 | 16 % | 51 % |
| 1 | 31 % | 33 % |
| 2 | 25 % | 10 % |
| 3 | 12 % | 4 % |
| 4 | 8 % | 2 % |
| 5 | 6 % | - |
| 6 | - | - |
| 7 | 2 % | - |
| Moyennes | 1,94 | 0,73 |

Par ailleurs, certains des médicaments identifiés ne sont accessibles qu'avec la prescription d'un médecin, alors que d'autres sont en vente libre. Pour 31 personnes chez qui des médicaments ont été identifiés, ils étaient tous d'ordonnance. Pour 11 personnes, il y avait des médicaments ordonnancés et non ordonnancés. Dans ces cas, les produits en vente libre sont de l'acétaminophène, de l'antitussif et de l'antihistaminique. Pour les 7 autres personnes, aucun médicament d'ordonnance n'a été identifié.

Pour ce qui est des différences significatives, dans le cas du dépassement des doses thérapeutiques, la seule différence significative trouvée a trait au sexe : les femmes sont proportionnellement presque deux fois plus nombreuses que les hommes à les avoir dépassées (88 % c. 47 %; n = 41; p = 0,020).

Contrairement à la présence des drogues, les médicaments sont proportionnellement plus présents chez les plus âgés que chez les plus jeunes (25 % chez les moins de 25 ans à 63 % chez les 65 ans et plus; n = 125; p = 0,027).

Une différence quant au sexe est aussi significative, plus de femmes ont au moins un médicament identifié par les analyses toxicologiques (52 % c. 33 %;n = 125; p = 0,034). Aucune différence significative quant au lieu de résidence n'a été trouvée quand au nombre de médicament pris.

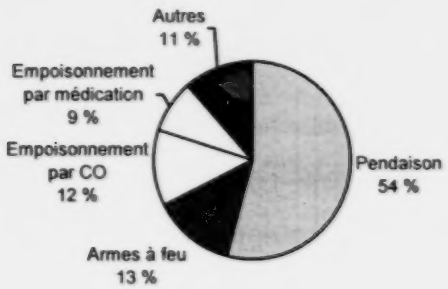
### *2.2.4 Moyens utilisés et liens possibles avec des substances toxicologiques*

Cette partie se divise en deux sous-parties. D'abord, les moyens utilisés sont présentés, suivis des liens possibles entre ces moyens et les substances toxicologiques identifiées.

*Moyens*

Différents moyens sont utilisés pour commettre un suicide (figure 5), mais le principal est la pendaison (54 %). Dans une proportion beaucoup moins grande, il y a les armes à feu (13 %), l'empoisonnement par le monoxyde de carbone (CO) (12 %) ou par médicaments (9 %) et d'autres moyens utilisés, chacun, par moins de 5 % des personnes (noyade, train, armes blanches, accident d'auto, asphyxie, chute d'un lieu élevé, intoxication à la cocaïne, congélation, indéterminé). Les données supplémentaires disponibles sont présentées par moyen en annexe.

**Figure 5**
**Répartition des personnes selon le moyen utilisé pour s'enlever la vie**
(n = 194)




Environ 4 % des personnes ont utilisé plus d'un moyen pour se suicider.

- Chez plusieurs personnes décédées par empoisonnement par monoxyde de carbone, des surdoses de médicaments sont aussi identifiées.
- Une personne se pend dans la douche avec une rallonge électrique qui est branchée dans la prise électrique du mur adjacent.
- Une personne suicidaire prévoit un habile jeu de corde reliée à la poignée de porte. Si une personne tente de la secourir en ouvrant la porte, la personne suicidaire sera étranglée. Ce moyen s'ajoute à la surdose de médicaments et au fait que la personne suicidaire s'était bâillonnée et bouchée le nez à l'aide de tissu.

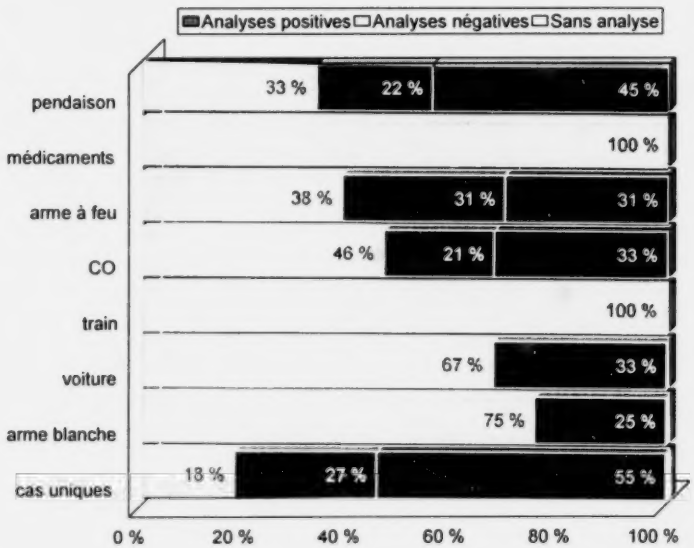
- ❖ Une personne a tenté de se pendre dans la soirée, mais la corde a lâché. Elle s'est enfermée dans la voiture familiale stationnée à l'extérieur et elle a relié le tuyau d'échappement à l'habitacle par le boyau de l'aspirateur domestique.

En ce qui a trait aux moyens, aucune différence attribuable au sexe, à l'âge ou au lieu de résidence n'a été trouvée.

*Moyens et présence de substances toxicologiques*

La figure suivante (Figure 6) permet de constater que les personnes dont au moins une substance (alcool, drogues ou médicaments) est identifiée par les analyses toxicologiques utilisent différents moyens pour se suicider. De plus, pour tous les moyens, il y a plus de personnes sous l'effet d'au moins une substance que de personnes chez qui aucune substance n'a été identifiée. Autrement dit, les personnes suicidées ont plus de risque de s'être suicidée en étant sous l'effet d'une substance, qu'importe le moyen utilisé.

**Figure 6**
**Répartition des personnes suicidées selon le moyen utilisé pour s'enlever la vie et la présence de substances révélée par les analyses toxicologiques**
(n = 194)




Ce sont les décès par pendaison qui ont le moins d'analyses toxicologiques d'effectuées (55 %), alors que tous les suicides par empoisonnement par médication et par train bénéficie de ces analyses. Le recours à ces analyses pour les autres moyens se situe autour de la moyenne, soit 64 %.

Lorsque les médicaments sont comparés aux moyens utilisés, il ressort que ceux-ci sont significativement plus présents dans les suicides par empoisonnement par médication

(100 % - ce qui tombe sous le sens) et par monoxyde de carbone (63 % c. 40 % pour tous les moyens; n = 125; p < 0,001).

## 2.3 Les problématiques vécues par les personnes suicidées

La majorité des résultats ici présentés provient des commentaires des personnes interrogées par la police à la suite du suicide d'un de leur proche, d'un de leur collègue de travail ou de liens circonstanciels avec la personne suicidée (témoins du suicide, vendeur, etc.).

L'information est parcellaire et sujette à interprétation. Les données présentées doivent être comprises comme un aperçu des situations vécues par les personnes suicidées et leurs proches.

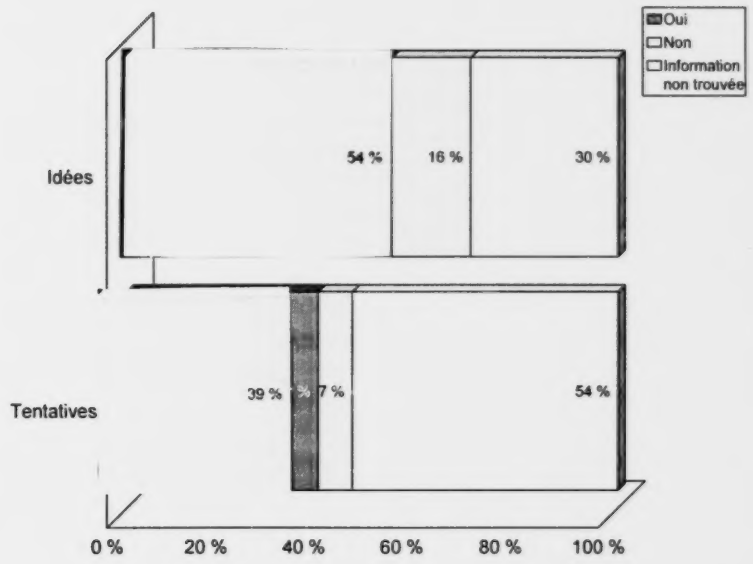
### *2.3.1 Des pistes fournies par les parasuicides et les lettres de suicide*

Bien que pour certains auteurs les parasuicides (idées et tentatives suicidaires) doivent être compris différemment des suicides, l'information disponible sur le sujet est ici présentée. Il s'agit du minimum d'information sur les parasuicides puisque les proches ne sont pas systématiquement interrogés sur ces sujets. Ainsi, il se peut que plus de personnes suicidées aient exprimé des idées et des messages clairs ou que plus de proches aient posé des gestes pour prévenir des suicides que ce qu'indique le portrait dressé ici.

*Les parasuicides*

Parmi les personnes suicidées de l'échantillon, 54 % (n = 105) auraient déjà eu et annoncé des idées suicidaires (ou posé des gestes allant en ce sens – écriture de lettres qu'elles ont fait lire, testaments, proposition de pactes de suicide, etc.), généralement clairement exprimées, 16 % (n = 31) n'en auraient jamais eu et pour 30 % des dossiers consultés (n = 58), l'information est manquante (Figure 7).

**Figure 7**
**Répartition des personnes suicidées**
**selon la présence d'idées ou de tentatives de suicide**
(n = 194)




L'information disponible sur les idées suicidaires permet de savoir que plusieurs personnes (40 % de l'échantillon; n = 78) ont envoyé un message clair quant à leur intention de se suicider, nommant le moyen qu'elles utiliseraient ou encore le moment ou la date où elles passeraient à l'action. Aussi, plusieurs des personnes suicidées avaient des plans quant aux moyens qu'elles utiliseraient pour se suicider ou par rapport au moment où le suicide serait complété :

- « je ne serai plus là pour la prochaine année »
- « c'est le dernier repas que je prends en famille »
- « tu ris de moi ce soir, mais tu vas voir que tu riras jaune demain, les vacances seront finies »
- « je me suiciderai pendant les vacances »
- etc.

Pour d'autres, le lien avec le suicide peut paraître plus ténu, en *a priori*, mais il acquiert tout son sens une fois le suicide accompli. Il peut s'agir par exemple :

- d'appeler le fleuriste pour lui dire : « si jamais les gens veulent m'offrir des fleurs, je désire que ce soit des œillets »
- faire établir avec les personnes mandataires des procurations bancaires
- faire écrire son testament par ses proches
- etc.

Pour les 95 personnes pour qui la fréquence des idées suicidaires est disponible, 68 % (n = 65) auraient exprimé des idées suicidaires plus d'une fois, 28 % (n = 27) une seule fois

et 3 % (n = 3) des proches interrogés sont formels, la personne suicidée n'a jamais exprimé d'idées suicidaires. Pour certaines personnes, l'expression de ces idées peut remonter à plusieurs années, mais pour d'autres elles peuvent être récentes.

- Un proche relate que la personne décédée exprime des idées suicidaires depuis les années 1940, mais que cela est plus fréquent depuis 1990, soit l'année du décès par suicide d'une autre personne de la famille.
- Un proche confie que le jour même du suicide, la personne lui a dit que la mort par monoxyde de carbone est une belle mort sans souffrance et douce.
- « Ce matin elle était en crise. Elle a accroché un fil électrique au plafond pour se pendre. Elle voulait de la bière. Je ne voulais pas aller lui en chercher. Elle a commencé à frapper les murs avec un bâton de baseball. Elle agissait souvent comme cela. J'ai été lui chercher de la bière. Finalement, elle s'est pendue pendant la nuit. »

Lorsqu'il s'agit des tentatives de suicide, c'est 39 % des personnes (n = 75) qui en auraient fait, 7 % (n = 14) qui n'en aurait jamais fait et pour 54 % de l'échantillon (n = 105), l'information est manquante. La figure 7 présente ces résultats. Près de la moitié des personnes (48 % 50/105) qui ont eu des idées suicidaires ont aussi fait des tentatives de suicide (Figure 7).

En ce qui concerne le nombre de tentatives de suicide, pour une personne l'information n'était pas spécifiée dans le dossier de coroner, mais pour les 75 autres personnes ayant fait des tentatives, 60 % (n = 45) en ont fait plus d'une et 40 % (n = 30) en ont fait une seule. Ces tentatives peuvent être récentes, mais pour certaines personnes elles remontent à plusieurs années.

- Un proche mentionne que dans les dernières six semaines, la personne faisait au moins une tentative par semaine.
- Une enquête policière démontre le recours à une succession de moyens dans moins d'une journée (tentative d'empoisonnement aux médicaments et au monoxyde de carbone et pendaison).
- « Voilà 3 ans, je l'ai surprise pendue dans une garde-robe. »

Comme dans le cas des idées suicidaires, il n'est pas possible de donner plus de précisions quant au temps écoulé depuis la dernière tentative.

La seule différence significative trouvée est à l'effet que, proportionnellement, les personnes âgées de 65 ans et plus font moins de tentatives de suicide (50 % c. 85 % pour tous les groupes d'âge; n = 89; p = 0,023).

Les propos recueillis permettent de savoir que, parfois les proches ont posé des gestes concrets à la suite du dévoilement des idées suicidaires ou des gestes suicidaires (19 proches) :

- alerte ou consultation de professionnels et de professionnelles de la santé
- alerte ou demande d'aide à la sécurité publique
- retrait d'armes du lieu de résidence
- destruction de cordes qui avaient été installées en vue de la pendaison
- établissement de réseaux de surveillance pour protéger la personne
- etc.

Différentes personnes ont aussi précisé avoir renoncé à des projets personnels (mettre fin au couple) ou les avoir modifiés (déménagement), avoir pris des mesures pour protéger les enfants ou avoir donné de l'argent ou des biens en réponse aux menaces de suicide.

*Les lettres de suicide*

Moins de la moitié des personnes suicidées (46 %; n = 89) ont laissé une lettre de suicide, alors que près de deux sur cinq (38 %; n = 74) n'en ont pas laissé. L'information est manquante pour 16 % des personnes (n = 31). Le contenu de ces lettres est diversifié. Sans être exhaustif, il explique parfois les raisons du geste, il demande pardon, il vise à déculpabiliser les proches ou, au contraire, à les rendre responsables du geste. Parfois, la personne a tout planifié et annonce à ses proches les mesures prises ou des conseils à suivre pour alléger les démarches à faire. Des précisions sont parfois apportées quant aux dernières volontés eu égard aux biens, aux funérailles, à la disposition du corps, etc.

Près de la moitié des personnes ayant exprimé des idées suicidaires (49/105 personnes) ont aussi laissé des lettres de suicide. Il en est de même pour les personnes ayant attenté à leur vie (37/76 personnes). Vingt-cinq personnes ont à la fois exprimé des idées suicidaires, fait des tentatives de suicides et laissé des lettres de suicide.

Les problématiques vécues identifiées dans les lettres de suicide ont été classées au point suivant.

### *2.3.2 Des pistes fournies par les personnes interrogées par la police ainsi que par les personnes suicidées*

Plusieurs problématiques ont été identifiées dans les dossiers de coroner, principalement par les proches des personnes suicidées. Des analyses factorielles ont été effectuées afin de regrouper les problématiques qui surviendraient simultanément, mais les résultats ne sont pas suffisamment élevés pour être éclairants. Ces résultats n'ont donc pas été retenus.

Les problématiques vécues par les personnes suicidées ont été regroupées en deux catégories. Il y a donc des problématiques reliées à la santé et d'autres rattachées aux événements de vie (Figure 8). À la suite de la présentation de ces problématiques, les résultats de leur croisement avec les parasuicides ainsi qu'avec les médicaments identifiés par les analyses toxicologiques sont présentés.

*Problématiques vécues*

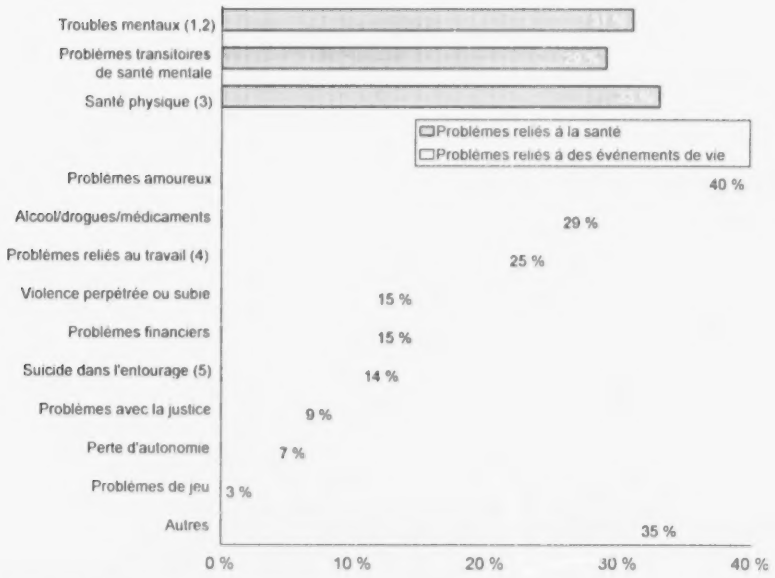
Trois problématiques composent la catégorie santé, soit les troubles mentaux sévères et persistants, les problèmes transitoires de santé mentale et les problèmes de santé physique.

La distinction faite entre les troubles mentaux et les problèmes transitoires de santé mentale est la suivante. Lorsqu'une personne a un diagnostic (trouble bipolaire, schizophrénie, troubles de la personnalité, dépression chronique, etc.) qui, à partir de l'information disponible, semble sévère et persistant, celui-ci est intégré dans *troubles mentaux sévères et persistants*. Soixante personnes composent cette catégorie.

Lorsqu'une personne est considérée déprimée par son entourage ou qu'elle a un diagnostic de dépression sans information, quant à la chronicité ou à la dimension psychotique, la problématique est intégrée dans *problèmes transitoires de santé mentale*. Cinquante-sept personnes composent cette catégorie. Les descriptions fournies par les personnes interrogées par la police laissent croire à la schizophrénie pour 3 personnes, mais comme aucun diagnostic n'a été retrouvé ces personnes ont donc été considérées comme ayant un problème transitoire de santé mentale. Ces deux catégories sont mutuellement exclusives, c'est-à-dire qu'une personne identifiée comme ayant un trouble sévère et persistant ne se retrouve pas avec une problématique de santé mentale transitoire et vice-versa. Si ces deux catégories sont additionnées, il en résulte que trois personnes suicidées sur cinq (60 %; n = 117) ont des difficultés de cet ordre au moment du suicide.

Le tiers (33 %; n = 64) des personnes de l'échantillon a des problèmes de santé physique. Le cancer constitue le principal diagnostic pour 11 personnes, les problèmes cardiaques pour 7 personnes, les maladies chroniques pour 6 personnes, les autres diagnostics représentent soit des cas uniques, soit que l'information disponible est insuffisante pour que l'on puisse l'associer à un diagnostic précis.

**Figure 8**
**Répartition des personnes suicidées voir avec selon les problématiques qu'elles semblent avoir vécu**
(n = 194)

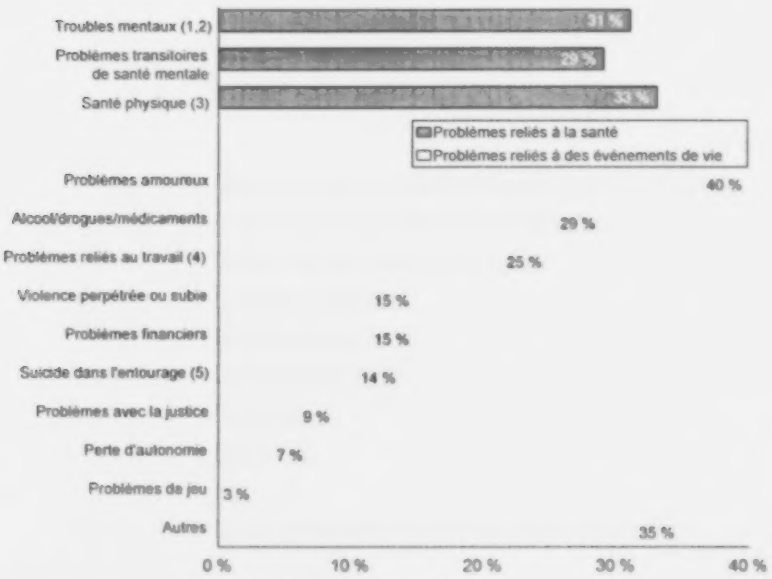



(1) moins présents chez les moins de 25 ans $p < 0,001$
(2) plus présents chez les femmes $p < 0,001$
(3) plus présents chez les 65 ans et plus $p < 0,001$
(4) moins présents chez les 65 ans et plus $p < 0,042$
(5) plus présents dans le territoire du CSSS de Montmagny-L'Islet $p < 0,049$

Lorsqu'une personne est considérée déprimée par son entourage ou qu'elle a un diagnostic de dépression sans information, quant à la chronicité ou à la dimension psychotique, la problématique est intégrée dans *problèmes transitoires de santé mentale*. Cinquante-sept personnes composent cette catégorie. Les descriptions fournies par les personnes interrogées par la police laissent croire à la schizophrénie pour 3 personnes, mais comme aucun diagnostic n'a été retrouvé ces personnes ont donc été considérées comme ayant un problème transitoire de santé mentale. Ces deux catégories sont mutuellement exclusives, c'est-à-dire qu'une personne identifiée comme ayant un trouble sévère et persistant ne se retrouve pas avec une problématique de santé mentale transitoire et vice-versa. Si ces deux catégories sont additionnées, il en résulte que trois personnes suicidées sur cinq (60 %; n = 117) ont des difficultés de cet ordre au moment du suicide.

Le tiers (33 %; n = 64) des personnes de l'échantillon a des problèmes de santé physique. Le cancer constitue le principal diagnostic pour 11 personnes, les problèmes cardiaques pour 7 personnes, les maladies chroniques pour 6 personnes, les autres diagnostics représentent soit des cas uniques, soit que l'information disponible est insuffisante pour que l'on puisse l'associer à un diagnostic précis.

**Figure 8**
**Répartition des personnes suicidées voir avec selon les problématiques qu'elles semblent avoir vécu**
(n = 194)




(1) moins présents chez les moins de 25 ans $p < 0,001$
(2) plus présents chez les femmes $p < 0,001$
(3) plus présents chez les 65 ans et plus $p < 0,001$
(4) moins présents chez les 65 ans et plus $p < 0,042$
(5) plus présents dans le territoire du CSSS de Montmagny-L'Islet $p < 0,049$

Pour ce qui est de la catégorie *événements de vie*, elle regroupe :

- les problèmes amoureux (rupture, divorce, peine d'amour, décès de l'être aimé, problèmes conjugaux, emprisonnement du conjoint)
- la dépendance ou l'abus d'alcool/drogues/médicaments
- les problèmes reliés au travail (perte, conflit, inadéquation, etc.)
- la violence perpétrée ou subie (dont le fait de menacer de se suicider si la personne aimée quitte ou si l'entourage ne donne pas ce qu'on lui réclame)
- un ou des suicides dans l'entourage
- des problèmes avec la justice
- la perte d'autonomie
- les problèmes avec le jeu
- les problèmes financiers excluant ceux associés au jeu et aux drogues
- autres (regroupe des problématiques diverses qui se retrouve chez un nombre restreint de personnes, par exemple, problèmes de garde d'enfant, de gang de rue, de la mésentente familiale, des questionnements sur l'orientation sexuelle, problèmes remontant à l'enfance, etc.).

Cinq des problématiques reliées aux événements de vie sont présentes chez plus d'une personne sur dix, dont trois chez plus du quart des personnes de l'échantillon. Ainsi, en ordre décroissant, ce sont les problèmes amoureux qui sont le plus souvent identifiés comme ayant pu contribuer au suicide (40 % de l'échantillon), suivi de la dépendance ou de l'abus d'alcool/drogues/médicaments (29 % de l'échantillon), des problèmes reliés au travail (25 % de l'échantillon), de la violence perpétrée ou subie (15 % de l'échantillon) des problèmes financiers (15 % de l'échantillon) et, finalement, du suicide d'une ou de personnes dans l'entourage (14 % de l'échantillon).

Les personnes vivent en moyenne 2,9 problématiques (écart type 1,69; min. 0 et max. 8 – la catégorie *autres* ne comptant que pour une seule, même si plusieurs difficultés sont reliées à cette catégorie pour certaines personnes). Plus précisément, 4 % des personnes vivent « 0 » problématique, 80 % en vivent de 1 à 4 et 16 % en vivent 5 ou plus.

Certaines différences significatives attribuables au sexe, à l'âge et au territoire de résidence sont relevées. Ainsi, proportionnellement, il y a significativement plus de femmes que d'hommes (49 % c. 21 %; $p < 0,001$) qui ont des troubles mentaux sévères et persistants. Cette différence peut être attribuable au fait qu'il y a plus de rapports médicaux dans les dossiers de coroner, mais même s'il s'agissait de la bonne explication, il y a lieu de se demander ce qui explique cette dernière différence.

Pour ce qui est des différences attribuables à l'âge, les troubles mentaux sévères et persistants sont proportionnellement plus nombreux chez les 25-64 ans (34 % chez les 25-44 ans et 45 % chez les 45-64 ans c. 31 % pour l'ensemble, $p < 0,001$). La présence des problèmes de santé physique augmentent avec l'âge, ils sont présents chez 11 % des moins de 25 ans et chez 76 % des 65 ans et plus ($p < 0,001$). La dernière problématique pour laquelle des différences attribuables à l'âge ont été notées est celle des problèmes reliés au travail. Ainsi, les personnes âgées de 65 ans et plus ont significativement moins de problèmes au travail (7 % c. 25 % pour tous les groupes d'âge, $p = 0,042$). Ce dernier résultat peut s'expliquer par une moins grande présence sur le marché du travail.

La seule différence significative quant au lieu de résidence a trait au fait que plus de personnes résidant dans le territoire du CSSS de Montmagny-L'Islet qu'ailleurs dans la

région avaient dans leur entourage une personne qui s'est suicidée (38 % c. 14 %; p = 0,049).

Un autre fait à souligner est que parmi les personnes dont des médicaments associés à la santé physique et mentale sont identifiés, 20 n'ont eu aucune problématique de santé identifiée relativement à ces médicaments, 5 ont été identifiées comme ayant une problématique d'abus ou de dépendance à l'alcool, aux drogues ou aux médicaments. Pour les personnes ayant une problématique d'abus ou de dépendance, les médicaments associés à la santé mentale sont ordonnancés, alors que dans le cas des médicaments associés à la santé physique, pour 4 personnes, aucun médicament ordonnancé n'a été identifié par les analyses toxicologiques.

*Problématiques vécues et parasuicides*

Les idées suicidaires sont souvent utilisées pour évaluer la « potentialité » d'un passage à l'acte. Les messages les plus claires et la présence d'un plan sont associés à une plus grande possibilité de suicide. Pour leur part, les tentatives de suicide sont identifiées par certains auteurs comme des facteurs de risque pour le suicide. Ainsi, ces comportements peuvent être perçus comme des indicateurs interpellant les intervenants et les intervenantes pour la prévention du suicide.

Le Tableau 6 permet de voir les liens entre ces problématiques et les idées suicidaires, les messages de suicide clairs et les tentatives de suicide. Pour chacune des variables sur le parasuicide, il ressort que plus du tiers des personnes vivent certaines problématiques. Les problématiques les plus fréquentes sont, par ordre d'apparition au tableau :

- l'abus ou la dépendance à l'alcool, à la drogue ou aux médicaments
- les difficultés sur le plan amoureux
- celles reliées à santé physique
- les problèmes transitoires de santé mentale
- les troubles mentaux sévères et persistants
- les problématiques *autres*.

Ces mêmes problématiques se retrouvent en aussi grande proportion chez les personnes envoyant des messages clairs et chez celles ayant attenté à leur vie, sauf les problématiques de santé physique et de santé mentale transitoires dans ce dernier cas.

**Tableau 6**
**Répartition des personnes selon leurs idées, leurs messages clairs ou leurs tentatives de suicide, par les problématiques qu'elles semblent avoir vécues**

| Problématiques | Idées suicidaires (n = 105) | Messages clairs (n = 78) | Tentatives (n = 76) |
|---|---|---|---|
| **Alcool/drogues/médicaments** | **37 %** | **38 %** | **36 %**[1] |
| **Amoureuses** | **46 %** | **50 %** | **45 %** |
| **Financières** | 17 % | 21 % | 17 % |
| **Jeu** | 3 % | 4 % | 3 % |
| **Justice** | 13 % | 14 % | 9 % |
| **Perte d'autonomie** | 8 % | 6 % | 5 % |
| **Transitoires de santé mentale** | **37 %** | **36 %** | 25 % |
| **Santé physique** | **37 %** | **41 %** | 30 % |
| **Suicide dans l'entourage** | 17 % | 17 % | 22 % |
| **Travail** | 30 % | 29 % | 30 % |
| **Troubles mentaux sévères et persistants** | **33 %** | **36 %** | **53 %**[2] |
| **Violence** | 23 %[3] | 23 % | 14 % |
| **Autres problématiques** | **41 %** | **44 %** | **47 %** |

1. Plus de tentatives de suicide pour cette problématique (p = 0,011).
2. Plus susceptible de faire des tentatives avec cette problématique (p = 0,003).
3. Plus susceptible d'avoir des idées suicidaires avec cette problématique (p = 0,041).

Les différences significatives notées au Tableau 6 se comprennent de la manière suivante. Les personnes identifiées comme abusant ou dépendant de l'alcool, des drogues ou des médicaments sont significativement plus nombreuses à faire plus d'une tentative de suicide (79 % font plus d'une tentative c. 49 % chez les personnes dont cette problématique n'est pas identifiée; n = 75; p = 0,011). alors que les personnes identifiées comme ayant des troubles mentaux sévères et persistants sont plus susceptibles de faire des tentatives de suicide sans égard au nombre de ces tentatives (98 % c. 75 %; n = 89; p = 0,003). De même, les personnes vivant une problématique de violence sont plus susceptibles d'avoir des idées suicidaires sans égard au nombre de ces idées (23 % c. 6 %; n = 136; p = 0,041),

En d'autres mots, les personnes ayant des idées suicidaires, envoyant des messages clairs quant à leur intention de s'enlever la vie et faisant des tentatives de suicide vivent simultanément d'autres problématiques. Pour l'intervention, est-ce que l'urgence d'agir pour prévenir le suicide tient compte de la synergie pouvant exister entre ces problématiques et les parasuicides? Est-ce que de ne pas en tenir compte pourrait masquer des causes possibles de suicide?

Sans que les différences ne soient significatives, les personnes vivant plus de difficultés (5 problématiques et plus) (n = 30) ont plus d'idées suicidaires (89 %), envoient plus de messages clairs (82 %) et ont fait davantage de tentatives de suicides (90 %) que les personnes vivant moins de difficultés (1 à 4 problématiques n = 156) (respectivement 76 %; 72 % et 85 %).

## 2.4 Les liens entre les personnes suicidées et le réseau de la santé et des services sociaux

À partir de l'information disponible dans les dossiers de coroner, il a été possible d'établir que près de sept personnes suicidées de l'échantillon sur dix entretenaient certains liens

avec le réseau de la santé et des services sociaux (Tableau 7). Comme il ne s'agit pas d'une information qui figure systématiquement au dossier de coroner et que parfois l'information a été relevée dans les témoignages des personnes interrogées, les résultats présentés doivent être compris comme un minimum de liens possibles. Les catégories sont celles identifiées dans les dossiers de coroner, elles sont ici mutuellement exclusives. Il s'agit :

- **Suivi pour la santé mentale**. Une personne faisant l'objet d'un suivi dont une hospitalisation ou une consultation est faite en cours de suivi est comptabilisée uniquement en suivi. Une personne qui a un suivi en santé mentale et en santé physique est uniquement comptabilisé en santé mentale.
- **Consultation pour la santé mentale**. Il s'agit de rencontres pour la santé mentale avec des professionnels de la santé et des services sociaux, sans qu'il ne soit fait mention de suivi.
- **Hospitalisation en santé mentale**. Il s'agit d'hospitalisations pour la santé mentale, sans mention de suivi.
- **Suivi/consultation pour la santé physique**. Suivi ou consultation en santé physique, sans mention de suivi ou de consultation en santé mentale.
- **Liens possibles avec le réseau**. Pour un certain nombre de personnes, aucun lien avec réseau de la santé et des services sociaux n'était mentionné, mais d'autres données au dossier (identification de médicaments ordonnancés, ou de problèmes de santé, sans problème d'abus ou de dépendance à l'alcool, aux drogues ou au médicaments) laissent penser que ces personnes ont des liens avec le réseau.

**Tableau 7**
**Répartition des personnes suicidées selon les liens possiblement entretenus avec le réseau de la santé et des services sociaux, par types de liens**

| Types de liens | Nombre de personnes concernées (n = 194) |
|---|---|
| **Suivi pour la santé mentale** | 25 % |
| **Consultation pour la santé mentale** | 11 % |
| **Hospitalisation pour la santé mentale** | 7 % |
| **Suivi/consultation santé physique** | 9 % |
| **Liens possibles** | 16 % |
| **Données non trouvées** | 32 % |

Ainsi, le quart (25 %) des personnes faisait l'objet d'un suivi eu égard à leur santé mentale (troubles mentaux sévères et persistants et problèmes transitoires de santé mentale confondus). Ce suivi était effectué par un intervenant ou une intervenante du réseau de la santé et des services sociaux. Pour ce qui est des consultations (sans mention de suivi) d'une ou d'un intervenant du réseau de la santé concernant la santé mentale et des suivis/consultations pour la santé physique, un même nombre de personnes, soit près de une sur dix, en font mention. Finalement, environ 7 % des personnes de l'échantillon ont été hospitalisées pour leur état de santé mentale, dont 4 personnes (2 % de l'échantillon) pour qui le suicide a eu lieu lors d'une permission de sortie en cours d'hospitalisation

Des croisements ont aussi été faits entre les liens avec le réseau de la santé et des services sociaux (sans les *liens possibles*) et a) les analyses toxicologiques sur les

médicaments, b) certaines problématiques vécues, c) les idées suicidaires, d) les tentatives de suicide, e) le sexe, f) le groupe d'âge et g) le lieu de résidence des personnes suicidées. Certaines de ces analyses révèlent des différences significatives :

- Les personnes pour qui des médicaments ont été identifiés ont plus de liens avec le réseau de la santé et des services sociaux, alors que les personnes dont aucun médicament n'a été identifié ont moins de liens avec le réseau (72 % c. 39 %; n = 125; p < 0,001).
- Les personnes ayant des troubles mentaux sévères et persistants ont plus de liens avec le réseau de la santé et des services sociaux (83 % c. 38 %; n = 194; p < 0,001), tout comme les personnes ayant des problèmes de santé physique (67 % c. 45 %; n = 194; p < 0,001) et les personnes vivant des problématiques *autres* (62 % c. 47 %; n = 194; p = 0,047).
- Les femmes sont proportionnellement plus nombreuses à avoir des suivis que les hommes (64 % c. 46 %; n = 194; p = 0,015).
- Plus les personnes sont âgées, plus elles sont susceptibles d'avoir des liens avec le réseau (moins de 25 ans = 33 % et 65 ans et plus = 72 %; n = 194; p = 0,003).

Ces données sur les liens avec le réseau de la santé et des services sociaux mettent en évidence que la majorité des personnes suicidées ont probablement entretenues des liens avec ce réseau. Des données permettant de qualifier la nature de ces liens (objet, durée, etc.) seraient pertinentes.

## 2.5 Les personnes gravitant autour des personnes suicidées

Des résultats non attendus se dégagent de la collecte de données. Ils concernent les proches des personnes suicidées ainsi que les professionnels et les professionnelles qui interviennent auprès de ces personnes. Intervenir auprès d'une personne suicidée doit être marquant, que l'on soit un proche ou un professionnel de la santé ou de la sécurité publique. Rien dans les dossiers ne laisse croire à un manque de professionnalisme de la part des policiers, des ambulanciers, des infirmiers ou des médecins. Cependant, chacun de ces professionnels intervient pour sauver des vies. Se suicider, s'est s'enlever volontairement la vie.

La lecture des témoignages et interrogatoires des proches a fait mûrir notre réflexion eu égard aux proches des personnes suicidées. Cette réflexion porte sur la dynamique particulière de vivre avec une personne qui a fréquemment des propos suicidaires ou pose des gestes suicidaires. En ce sens, cette réflexion s'étend aussi à la difficulté de vivre avec une personne déprimée depuis longtemps.

- Un parent répond au policier qui l'appelle pour lui annoncer le décès de sa fille : « Lorsqu'elle était à la maison, elle attachait souvent des cordes pour se pendre et elle s'est déjà taillée les veines. Ma fille est alcoolique et j'ai tout fait pour l'aider. »
- Un autre explique ne pas avoir cru sa fille cette fois-ci lorsqu'elle a annoncé qu'elle prenait son dernier repas en famille, lors duquel elle a distribué ses lettres d'adieu : « Nous pensions qu'elle nous manipulait pour avoir de l'argent, le jour du souper, nous avions envoyé la police et l'ambulance chez elle, car nous étions inquiet, [finalement, elle est venue souper et s'est suicidée après]. »
- « Elle était déprimée depuis des années. Nous sommes déménagés au village pour se rapprocher de sa famille. Nous avons donc dû aussi changer d'emploi. »

Certains proches rapportent avoir pris plusieurs actions pour essayer de répondre au bonheur de l'autre, mais que cela ne fonctionnait jamais. Ces actions pouvaient prendre la forme de rester autant qu'ils ont pu dans des relations de couple qui ne leur convenait plus, car l' « autre » menaçait de se suicider s'ils partaient. Le suicide est finalement arrivé.

Un jeune adulte qui a trouvé sa mère pendue au sous-sol de la maison dit l'avoir trouvée avec facilité, car il connaissait bien tous les coins possibles de la maison :

- « Chaque fois que je rentrais à la maison et que cela ne répondait pas, je faisais le tour de toute la maison, m'attendant à trouver ma mère pendue »

Un autre aspect soulevé par la lecture des dossiers de coroner est le fait d'être physiquement intervenu auprès de la personne suicidée au moment de sa découverte. Ces interventions consistent tant à libérer les personnes des liens qui peuvent entraver leur respiration qu'à effectuer des manœuvres de réanimation cardiorespiratoire. Ces interventions sont demandées tant aux proches qu'aux professionnels de la santé et de la sécurité publique qui sont auprès de la personne suicidée.

# Le suicide dans Chaudière-Apppalaches : prévenir, mais comment?

Cette première étude des dossiers de coroner visant à obtenir des données plus fines sur des suicides survenant dans Chaudière-Appalaches soulève des questionnements de différentes natures. Ces questionnements sont regroupés sous trois thèmes : des groupes qui se distinguent peu les uns des autres; des personnes en interaction, mais vivant plusieurs problématiques et la prévention, pour qui et comment. La discussion devrait ainsi répondre aux trois objectifs de l'étude qui sont d'identifier les caractéristiques des personnes suicidées dans Chaudière-Appalaches; comparer leurs particularités selon le groupe d'âge, le sexe et le lieu de résidence et suggérer des pistes d'intervention pour améliorer la prévention du suicide. Après avoir abordé ces thèmes, l'apport de cette étude est brièvement discuté.

## 3.1 Des groupes qui se distinguent peu les uns des autres

D'abord, il faut souligner qu'aucune variable ne se démarque des autres en venant identifier un groupe particulier de personnes. Les différences significatives qui résultent des mesures d'association ne font que confirmer ce qui tombe sous le sens, ce qui est déjà connu.

Ainsi, les jeunes de moins de 25 ans ont moins d'enfants, vivent plus avec d'autres adultes que seuls ou avec leurs enfants, ils sont moins en couple que les autres groupes d'âge et les troubles mentaux sévères et persistants y ont été moins identifiés tout comme chez les personnes âgées de 65 ans et plus. Les drogues ont surtout été trouvés dans ce groupe d'âge, alors qu'on y trouve moins de médicaments. Pour leur part, les personnes les plus âgées de l'étude (65 ans et plus), font moins de tentatives de suicide, sont moins en emploi et conséquemment vivent moins de problèmes reliés à l'emploi. Un plus grand nombre de ces personnes prennent des médicaments. Elles ont plus de problèmes de santé physique et ont plus de liens avec le réseau de la santé et des services sociaux.

Pour ce qui est des différences significatives entre les sexes, les femmes sont plus nombreuses à avoir des enfants (sans nécessairement vivre avec eux) et elles se suicident plus à leur résidence. Les problématiques de troubles mentaux sévères et persistants se retrouvent surtout chez elles. Plus de femmes que d'hommes prennent des médicaments et dépasseraient les doses thérapeutiques, elles entretiennent aussi plus de liens avec le réseau de la santé et des services sociaux. Ces derniers résultats ne sont pas surprenant, considérant que les dossiers de coroner qui comptent le plus de dossiers médicaux sont ceux des femmes.

Une différence significative a été trouvée quant au territoire de résidence. Les personnes suicidées qui résidaient sur le territoire du CSSS de Montmagny-L'Islet sont plus nombreuses à avoir eu dans leur entourage une personne qui s'est suicidée.

Globalement, le portrait qui se dégage des suicides dans la région est le suivant :

- Il y a moins de suicides au printemps (22 %), le dimanche (10 %) et la nuit[11] (9 %), alors qu'il y en a plus le mardi (21 %) et l'après-midi (12 à 18 heures) (33 %).

- La majorité des suicides se font à la résidence de la personne (69 %), bien que la majorité des personnes suicidées (59 %) vivent avec d'autres adultes. D'ailleurs, un certain nombre de suicides se sont faits alors que d'autres personnes étaient à la résidence.

- Le principal moyen utilisé pour se suicider est la pendaison (54 %), suivi loin derrière par les armes à feu (13 %), l'empoisonnement par monoxyde de carbone (12 %), l'empoisonnement par médication (9 %) ou d'autres moyens (11 %).

- Qu'importe le moyen utilisé, le suicide s'est plus souvent fait en étant sous l'influence d'une substance, tels l'alcool, les drogues ou les médicaments.

- Pour les personnes chez qui des analyses toxicologiques ont été effectuées (64 % de l'échantillon), la principale substance identifiée est les médicaments (40 % des cas), suivi de l'alcool (34 % des cas) et de drogues (16 % des cas). En moyenne, 1,3 substance a été trouvée.

- En ce qui a trait aux médicaments,
  - ✓ pour 66 % des personnes pour qui l'information était disponible (27/41), les doses thérapeutiques étaient dépassées
  - ✓ 1 ou 2 médicaments étaient identifiés pour 69 % des personnes (34/49)
  - ✓ il y a près de 3 fois plus de médicaments pour la santé mentale que pour la santé physique qui ont été identifiés.

## 3.2 Des personnes vivant plusieurs problématiques, mais en interaction

L'image que l'on se fait d'une personne suicidaire est souvent celle d'une personne isolée, qui ne parle pas de ses difficultés et qui ne consulte pas à cet effet. L'étude ne met pas en évidence un groupe particulier de personnes qui seraient plus isolées que les autres, par exemple des personnes vivant seules, sans enfant, ni amoureux et ne travaillant pas. Par contre, les personnes suicidées vivent plusieurs problématiques.

Le portrait qui se dégage des problématiques est le suivant :

- La majorité des personnes suicidées a eu et annoncé des idées suicidaires (54 %) et elles ont fait des tentatives de suicide (39 % - 48 % de l'information est manquante dans ce dernier cas).

- En ce qui a trait aux problématiques vécues par les personnes suicidées, il y en a en moyenne 3. Il s'agit, en ordre décroissant :
  - ✓ des problèmes amoureux (40 %)

11. Cette différence peut être due au moment où le corps est découvert et où le décès est constaté.

- ✓ des problèmes de santé physique (33 %)
- ✓ des troubles mentaux sévères et persistants (31 %)
- ✓ des problèmes transitoires de santé mentale (29 %)
- ✓ de l'abus ou de la dépendance à l'alcool, aux drogues ou au médicaments (29 %)
- ✓ des problèmes reliés au travail (25 %)
- ✓ de la violence perpétrée ou subie (15 %)
- ✓ des problèmes financiers
- ✓ de suicide dans l'entourage de la personne suicidée (14 %)
- ✓ de problèmes avec la justice (9 %)
- ✓ de perte d'autonomie (7 %)
- ✓ de problèmes de jeu (3 %)
- ✓ ainsi que d'autres problématiques vécues chacune d'entre elles par un petit nombre de personnes (35 %).

- Les proportions de personnes vivant ces problématiques sont encore plus importantes chez les personnes ayant des idées suicidaires ou ayant fait des tentatives de suicide.

Des actions ont aussi été posées pour venir en aide aux personnes avant qu'elles ne se suicident :

- Dans 19 cas, les dossiers de coroner ont permis d'identifier que des actions étaient posées par les proches des personnes suicidées pour prévenir des suicides.

- Les actions posées par les proches sont le retrait de moyens permettant de mettre fin à ses jours (enlever des cordes installées, entreposer les armes à feu à l'extérieur de la maison), la sollicitation de ressources d'aide spécialisées (sécurité publique et réseau de la santé et des services sociaux) et la surveillance de la personne.

- Pour 52 % des personnes, les dossiers de coroner ont permis d'identifier clairement des liens avec le réseau de la santé et des services sociaux, alors que d'autres données au dossier laissent supposer que 16 % des personnes suicidées ont possiblement des liens avec ce réseau. L'information est manquante pour 32 % de l'échantillon.

- Les interventions posées dans le réseau de la santé et des services sociaux sont le suivi, la consultation, la médication et l'hospitalisation.

Avoir pu identifier des idées et des tentatives de suicide ainsi que des problématiques vécues par les personnes suicidées met en évidence que ces personnes sont en interaction avec leur entourage et le réseau de la santé et des services sociaux. Cette interaction est d'autant plus évidente que des actions concrètes ont aussi été posées pour venir en aide à ces personnes. Cependant, les dossiers de coroner ne permettent pas de qualifier la nature de ces interactions en termes de nombre, de fréquence, d'objet, de durée et de type de liens unissant les personnes suicidées, leurs proches, les professionnels de la santé et des services sociaux et ceux de la sécurité publique. Pour la prévention du suicide, il serait pertinent de pouvoir avoir cette information.

Ces résultats peuvent apporter un éclairage nouveau à l'intervention. Habituellement, ce qui est véhiculé sur le suicide est que la personne suicidaire s'isole, se fait une bulle, elle est socialement désintégrée. Cet isolement pourrait se faire par rapport à l'objet de la souffrance, mais la personne pourrait demeurer en interaction dans les autres aspects de sa vie.

## 3.3 La prévention comment et pour qui?

Trois aspects des résultats en liens avec la prévention sont ici mis en évidence. Premièrement, il s'agit de questionner les liens déjà existants avec le réseau de la santé et des services sociaux. Deuxièmement, il s'agit de la présence de certaines problématiques qui pourraient constituer des occasions de prévention. Finalement, le fait qu'un certain nombre de personnes suicidées avaient dans leur entourage une personne qui s'est suicidée.

***Des liens déjà existants avec le réseau de la santé et des services sociaux***

Les personnes identifiées comme vivant des troubles mentaux sévères et persistants et des problèmes de santé physique ont significativement plus de liens avec le réseau de la santé et des services sociaux, mais ces personnes se sont tout de même suicidées. Comment cela se fait-il? Est-ce que les personnes suicidaires qui entretiennent des liens avec le réseau de la santé et des services sociaux dévoilent leur souffrance ou si elles ne consultent que pour leur maladie?

Un coroner dont la recommandation apparaît au *Répertoire des recommandations des coroners* (Bureau du coroner, 2003) s'interroge sur le modèle qui prévaut actuellement lors de l'évaluation du risque suicidaire, évaluation qui déterminera si la personne sera hospitalisée ou non.

> Selon le rapport de l'expert psychiatrique mandaté pour étudier ce dossier, le psychiatre qui procède à l'examen doit toujours tenir compte dans sa décision de garder ou non un patient suicidaire, de différents facteurs, tant sur le plan de ses antécédents que sur celui de l'examen. En définitive, c'est toujours sur le dernier point que le psychiatre se base davantage, soit l'état mental observé lors de l'entrevue. Les chercheurs en suicidologie qui favorisent une approche actuarielle suggèrent que le psychiatre se base plutôt dans l'évaluation du risque sur les données présentes aux antécédents du patient. (Bureau du coroner, 2003 : 181)

Autrement dit, il semble y avoir plus d'une façon de concevoir l'intervention auprès des personnes suicidaires. Sans avoir d'approche culpabilisante, n'y aurait-il pas lieu de s'interroger sur l'intervention auprès des personnes suicidaires et suicidées, tant celle faite par les proches, que celle du réseau de la santé et des services sociaux et de la sécurité publique? Cette interrogation est double. D'une part documenter les interventions les plus fructueuses. D'autre part, s'assurer que les personnes qui interviennent sont elles-mêmes soutenues lors de leur intervention auprès d'une personne suicidaire. Cette démarche serait importante puisque l'étude révèle que les personnes suicidées ont été en interaction avec leurs proches, des professionnels de la santé et des services sociaux et de la sécurité publique. Plusieurs ont communiqué leur intention et malgré tout, elle se sont suicidées.

***Des événements de vie propices à la prévention?***

Le principal événement de vie identifié par les proches ou à l'intérieur des lettres de suicide est les problèmes amoureux qui prennent différentes formes. L'abus ou la dépendance à l'alcool, aux drogues ou aux médicaments sont aussi fréquemment identifiés, suivi des problèmes reliés au travail. Les problématiques de violence, financières et de suicide dans l'entourage sont aussi fréquentes, touchant plus ou moins une personne sur sept.

Un aspect commun à trois de ces problématiques, soit les problèmes amoureux, les problèmes reliés au travail et le suicide dans l'entourage, est qu'elles peuvent plus facilement être identifiées de l'extérieur, car elles se vivent en interaction avec l'environnement[12]. Cette visibilité peut être aidante pour l'intervention, c'est-à-dire qu'étant visibles et connues pour leurs liens avec le suicide, ces problématiques peuvent être l'objet d'une intervention proactive. Dans ce cas, celle-ci consiste à vérifier l'état de détresse et même la présence d'idées suicidaires vis-à-vis de la problématique vécue, à examiner les pistes d'action envisagées et à offrir du soutien et de l'information. Ces actions peuvent être effectuées par les proches et les professionnelles et les professionnels interpellés par ces problématiques. De plus, le lieu de travail pourrait être indiqué pour rejoindre un grand nombre de personnes.

Pour ce qui est de la violence, une publication récente sur la santé mentale des hommes met en évidence que bien qu'inacceptable en soit, la violence peut être une expression de la souffrance (Tremblay et al., 2004). Ce lien peut-il être transposé entre le suicide et la violence, à l'effet que la violence pourrait être une forme d'expression de la souffrance vécue par les personnes suicidées?

Un autre aspect des problématiques vécues est leur cumul. Comme il a été mentionné, les personnes suicidées vivent en moyenne 3 problématiques. Le cumul de ces problématiques complexifie l'intervention, en ce sens que toutes les problématiques ne peuvent être « traitées » en même temps et que leur présence simultanée peut créer une synergie qui les exacerbe. À ces événements de vie, doit-on ajouter les idées et les tentatives de suicide qui sont aussi abordées dans l'intervention ou celles-ci ne sont-elles que des indicateurs de l'urgence d'agir pour prévenir le suicide? La question qui se pose alors est : agir sur quoi?

***Le suicide dans l'entourage des personnes suicidées, une avenue à explorer?***

Le dernier point abordé découle du fait d'avoir réalisé cette étude. Après avoir colligé des données dans 194 dossiers, nous nous sommes demandés comment les professionnels et les proches arrivaient à composer avec le fait d'être intervenu auprès d'une personne qui s'est suicidée. La seule lecture des dossiers de coroner a laissé des images fortes. Comment cela se vit-il, tant pour les proches que pour les professionnels?

Pour les proches, l'on parle souvent de la culpabilité, de la colère, de la peine d'avoir perdu par suicide une personne qui leur était chère. À partir des résultats de l'étude, il semble que le suicide constitue rarement une solution immédiate et que pour plusieurs personnes, le suicide est commis après un certain nombre d'années ou un contexte de plusieurs difficultés vécues simultanément. Comment est-ce que les proches arrivent à composer avec cette réalité? Y aurait-il lieu de s'interroger sur les moyens déployés par les proches

12. Il en est de même de la violence, mais cette problématique est souvent cachée, tant par l'agresseur que par la personne qui la subit. De plus, si la personne victime de violence sollicite de l'aide, intervenir auprès de la personne abusive placerait la personne victime dans une situation de danger.

pour vivre au quotidien avec une personne déprimée qui a des propos et des gestes suicidaires? Ces moyens concernent autant la prévention du suicide que la préservation de l'équilibre personnel du proche pour survivre à la tension de côtoyer un proche suicidaire.

La réponse à ces questions expliquerait-elle partiellement le fait que plusieurs personnes suicidées ont eu dans leur entourage une personne qui s'est suicidée? Ainsi, en plus d'être un modèle, le suicide d'un proche pourrait être compris comme l'aboutissement, le point ultime de la mise sous tension des proches. Autrement dit, vivre près d'une personne suicidaire pourrait être un stress négatif dont le suicide serait le paroxysme. Ce stress pourrait s'ajouter aux autres stress vécus par les proches et ainsi créer un contexte de vulnérabilité. Comment les proches arrivent-ils alors à être des aidants pour la personne suicidaire?

Une autre interrogation porte sur le fait d'être intervenu dans le suicide : « décrocher » la personne suicidée, effectuer sur elle des manœuvres de réanimation respiratoire. La logique qui sous-tend ces interventions est qu'au Québec, seuls les médecins ont l'autorité de constater le décès d'une personne[13]. Ainsi, une personne est présumée vivante jusqu'à ce qu'un médecin puisse constater son décès. Cette présomption prévaut aussi dans le cas des personnes suicidées. Lorsqu'il y a appel au 9-1-1, le *Centre de communication santé* (CCS) qui dépêche les ambulanciers sur les lieux du suicide guide l'intervention des proches présumant que la personne suicidée est vivante. Cela même lorsque les proches informent le personnel du CCS de l'état du corps (rigidité, changement de couleur, etc.). Les témoignages des personnes interrogées par la police amènent à s'interroger quant à l'impact de ces interventions sur les proches qui les effectuent. En d'autres mots, comment se sent-on après avoir coupé la corde ou avoir maintenu la personne suicidée afin de la déposer sur le sol? Quelles sont les répercussions d'avoir effectué des manœuvres de réanimation cardiorespiratoire sur une personne aimée, du moins connue, alors que le corps porte déjà les stigmates de la mort? Plusieurs personnes suicidées de la présente étude ont eu une ou des personnes de leur entourage qui se sont suicidées. Un lien est-il à faire avec leur intervention sur la personne suicidée et leur propre suicide? Est-ce que ce type d'intervention est un stress pour la personne qui l'effectue ou est-ce que la seule découverte de la personne suicidée est en soi aussi marquante?

Pour les professionnels de la santé et de la sécurité publique, il faut rappeler que dans des communautés rurales ou suburbaines, les gens se connaissent plus : la personne suicidée peut être une ancienne compagne d'école, l'amie du frère ou de la sœur, la voisine, l'éducatrice de son enfant, etc. Émotionnellement, intervenir dans ce contexte n'est pas comme intervenir auprès de personnes totalement inconnues.

De manière officieuse, un policier et quelques médecins de médecine d'urgence ont été interrogés. Tous disent qu'intervenir auprès d'une personne suicidée n'est pas une chose facile. Peut-être parce que la mort est encore souvent un tabou et que s'enlever la vie va à l'encontre du fondement même de ces professions qui est de la préserver. Peut-être aussi parce que le suicide d'une personne laisse des images fortes qui restent. Quelle est l'influence d'être intervenu auprès d'une personne suicidée sur les plans professionnels et personnels?

---

13. Il y a une exception lorsqu'il s'agit d'une mort évidente qui répond à des critères très précis et rarement rencontrés. Des protocoles de non-initiation à la réanimation qui répondent à d'autres critères que ceux de la mort évidente permettent aux ambulanciers de ne pas effectuer de manœuvres de réanimation, bien que dans ces cas, ils ne puissent pas constater le décès.

Dans la région de la Chaudière-Appalaches, des recommandations ont été émises pour que soient faites des interventions de manière systématique auprès des professionnelles et des professionnels dont une personne auprès de qui ils intervenaient s'est suicidée. La logique qui sous-tend ces recommandations est le constat que ces professionnels ont l'impression d'avoir mal travaillé, de ne pas avoir su prévenir le suicide et cette impression est lourde à porter. Elle peut avoir des impacts au travail et dans d'autres secteurs de vie. Serait-il pertinent d'émettre de telles recommandations pour les professionnels de la santé et des services sociaux ainsi que de la sécurité publique qui interviennent auprès des personnes suicidées? Quel est l'impact d'intervenir auprès des personnes suicidées?

Depuis quelques années, des activités de prévention du suicide ont cours. Ces activités consistent à former des sentinelles dans la communauté et à former des professionnels de la santé et des services sociaux ainsi que de la sécurité publique. De plus, des services de crise 24/7 couvrent toute la région. Les retombées de ces différents services et activités n'ont jamais été évaluées de manière formelle. En 2005, la région s'est jointe pour la première fois à la campagne provinciale de l'Association québécoise du suicide à l'occasion de la semaine de prévention du suicide. Même si les taux de suicide semblent avoir atteints une certaine stabilisation (Roy, 2005), ils demeurent hauts. Y aurait-il lieu d'agir autrement tout en conservant ces activités et services de base?

Dans l'*Avis scientifique sur la prévention du suicide chez les jeunes*, l'Institut national de santé publique du Québec (2004) souligne le fait que dans les dernières décennies, l'accent a été mis sur la prévention tardive :

> La grande majorité des actions mises en place et évaluées au cours des dernières décennies visait à identifier les jeunes à risque, ceux qui présentent un cumul de facteurs ou ceux qui sont déjà aux prises avec des idéations ou des comportements suicidaires. Ces stratégies s'inscrivent bien tardivement dans une logique de prévention et leur efficacité dépend de la capacité de réussir un parcours comportant un certain nombre d'étapes préalables et qui consistent à : 1) établir des critères sensibles et spécifiques pour définir la population des jeunes à risque; 2) mettre en place un réseau de services adaptés à leurs besoins; 3) faire connaître ce réseau et le rendre accessible; 4) établir des interventions et des traitements qui reposent sur des standards de qualité et 5) s'assurer que des précautions ont été prises au niveau éthique pour ne pas faire porter aux intervenants des responsabilités qui ne sont pas de leur ressort ou encore pour ne pas inquiéter ou étiqueter des jeunes qui seraient identifiés à risque. Le parcours peut paraître coûteux et risqué d'autant plus qu'à la lecture des rapports des études évaluatives, il n'est pas évident qu'une attention suffisante ait été accordée à la préparation de chacune de ces étapes. Enfin, en comparaison de ces stratégies, il semble que beaucoup moins d'efforts ont été consentis afin d'agir de manière plus précoce, avant que n'apparaissent les conditions propices au développement des idéations et des comportements suicidaires. C'est là une deuxième raison pouvant expliquer la minceur des résultats observés. (INSPQ, 2004 : 25)

Les mêmes questionnements sont soulevés par la présente étude. Les personnes suicidées vivaient de multiples problématiques, plusieurs avaient des idées suicidaires et ont fait des tentatives de suicides. La majorité de ces personnes entretenait des liens avec le réseau de la santé et des services sociaux. Se superpose à la question d'intervenir

autrement, celle d'intervenir plus précocement. S'agit-il d'intervenir dès que surviennent certaines problématiques reliées à la santé ou à des événements de vie précis? Est-ce que le fait d'avoir connu ou d'être intervenu auprès d'une personne suicidée serait propice à une intervention de type postvention ou autre? À qui ces interventions devraient-elles être offertes et quel type devraient-elles prendre, sachant que la famille immédiate risque de ne pas être la seule touchée et que le *debriefing* n'est pas toujours recommandé? (INSPQ, 2004)

## 3.4 L'apport de cette étude

Comme il a été mentionné dans la méthodologie, cette étude a suivi un modèle inductif plutôt que déductif, ce qui implique que ses résultats reflètent ce qui a été trouvé dans les dossiers de coroner sans chercher à valider un modèle conceptuel déjà existant. Cependant, afin de faciliter la collecte de données, un formulaire informatisé s'inspirant de ces modèles a été élaboré. Son utilisation a permis de mettre en évidence que l'information contenue dans les dossiers de coroner ne correspond pas nécessairement à ces modèles. En fait, les résultats de l'étude ne sont pas en contradiction avec ces modèles, mais ils ne peuvent pas être associés de façon particulière à aucun, car ils reflètent certaines variables de chacun d'eux. Par exemple, pour certaines personnes, le suicide semble avoir été une solution immédiate à un événement(le suicide est un moyen), alors que pour d'autres, le suicide survient alors que la personne vit plusieurs problématiques qui perdurent dans le temps (le suicide est une fin). La problématique de santé mentale est la plus présente (le suicide est en lien avec une problématique précise), mais le fait qu'aucune différence entre les groupes étudiés (âge, sexe, territoire de résidence) n'a été trouvée peut donner à penser que c'est une variable plus macrosociologique qu'individuelle qui expliquerait le mieux le suicide (le suicide est en lien avec un phénomène sociologique précis).

Plusieurs données sociodémographiques, tels le statut civil, le statut occupationnel, la présence et le nombre d'enfants ainsi que d'autres types de données, n'ont pas été trouvées dans plusieurs dossiers de coroner. Ces manques pourraient probablement être comblés, mais est-ce que cela renseignerait mieux sur la problématique du suicide? Aussi, les données non trouvées ne doivent pas occulter l'information disponible dans les dossiers. Si la présence d'enfants est prise en exemple, les dossiers de coroner révèlent que 54 % des personnes suicidées ont au moins un enfant, 20 % n'en ont pas et pour 27 %, l'information est manquante. Ainsi, au moins la moitié des personnes suicidées ont des enfants, ce qui suggèrent que les enfants ne sont pas nécessairement des facteurs de protection contre le suicide, même lorsqu'ils sont invoqués en ce sens par les personnes suicidaires.

Pour résumer, travailler avec des données secondaires, prises sur le vif par les professionnelles et les professionnels et les proches directement concernés par le suicide a été fructueux. Sans suivre de modèle particulier, les résultats qui proviennent de l'analyse de dossiers de près de la moitié de la population des personnes suicidées de 2000 à 2004 dans la région ont permis de dégager des pistes qui pourront être utiles pour la poursuite de la prévention et de la recherche à poursuivre sur cette problématique complexe.

# Conclusion

Il s'agit d'une première étude exploratoire faite sur ce sujet dans la région. La consultation des dossiers de coroner a permis l'étude de près de la moitié des décès par suicide survenus dans la région entre janvier 2000 et octobre 2004, soit 194 dossiers.

L'étude ne permet pas de mettre en évidence un groupe de personnes qui se distingueraient quant au suicide. Les personnes qui se sont suicidées semblent vivre plusieurs problématiques simultanément et les dossiers de coroner n'ont pas permis de mettre en évidence que le suicide serait une solution immédiate. De plus, il ressort que certaines personnes vivent des difficultés depuis des années. Certaines problématiques, telles les problèmes amoureux, les problèmes reliés au travail et le suicide d'un proche sont plus visibles. Cette visibilité peut-elle être mise à profit pour une intervention préventive du suicide?

Une des problématiques ayant attiré notre attention est le fait que près de 14 % de l'échantillon ont eu une personne de leur entourage qui s'est suicidée. Au-delà de la dimension du modèle de suicide ainsi offert, se pourrait-il que le fait d'avoir une personne qui s'est suicidée dans son entourage soit un stress de vie important qui s'ajoute aux autres problématiques vécues par les proches?

Comme dans les autres études sur le suicide, les problèmes de santé mentale sont très présents. Mieux connaître l'étiologie de la santé mentale et du suicide serait profitable pour ces deux problématiques.

Les personnes suicidées ont communiqué leurs idées par rapport au suicide et, parfois, très clairement. De plus, un nombre appréciable de ces personnes ont fait une ou des tentatives de suicide. Par ailleurs, les personnes suicidées ont eu des interactions avec leurs proches et elles ont aussi été en lien avec le réseau de la santé et des services sociaux. Ainsi, il semble que les personnes sont en interaction avec leur environnement, sans que l'on puisse qualifier cette interaction. Afin de renouveler la prévention, y aurait-il lieu de mieux documenter les interventions posées, tant dans le réseau de la santé et des services sociaux et de la sécurité publique que par les proches des personnes suicidées? De plus, les interventions préventives devraient-elles viser à mieux habiliter ces acteurs face au suicide?

Il pourrait s'avérer pertinent que des professionnels de la santé publique étudient la pertinence de ces pistes pour poursuivre le travail de prévention du suicide dans la région.

Pour conclure, on ne peut passer sous silence que malgré les résultats générés par cette nouvelle étude, la problématique du suicide demeure tout aussi complexe et sans solution claire et définitive. Peut-il en être autrement en prévention? Est-ce une ouverture sur la promotion de la santé, dont la santé mentale, qui consiste à intervenir plus précocement afin d'éviter que s'amorce le processus suicidaire chez certaines personnes?

# Références citées


BEAUMONT, N. (2000). *Comparaison des facteurs d'adversité et de protection chez des suicidées, leurs frères et des accidentés.* Mémoire de maîtrise. Université de Montréal. Faculté des études supérieures.

BOUCHARD, L. M., CHAPDELAINE, A., MIREAULT, G. (1992). Les suicides dans les régions de Québec et Chaudière-Appalaches : Mieux comprendre pour mieux prévenir. Département de santé communautaire. Hôpital de l'Enfant-Jésus. 45 p. + annexes.

BOYER, R. (1999). Les troubles mentaux comme facteurs de risque des suicides complétés : les apports de la technique d'autopsie psychologique. *Vis-à vie.* 9(3) : 3. Page internet www.cam.org/~aqs/docs/vav/v09/v09n3-10.shtml. Consultée le 3 novembre 2004.

BRETON, J.-J., BOYER, R., RAYMOND, S., BILODEAU, H., JOUBERT, N., NANTEL, M.-A. (1998). Bilan des recherches évaluatives sur les programmes d'intervention et de prévention du suicide chez les jeunes au Canada. Contexte théorique et résultats. Montréal : Hôpital Rivière-des-Prairies.

CHARBONNEAU, L. (1999). Le suicide : un phénomène social ou individuel ? *Vis-à-vie* 9(3) : 14-15.

CHARBONNEAU, L. (2000). *Le suicide chez les policiers au Québec : Incidence, distribution, facteurs de risque et implications pour la prévention.* Thèse de doctorat. Université du Québec à Montréal.

CHARTRAND, É. (et coll.) CRÊTE, H., D'AMOURS, M.-F., FILION, G., GOYER, N., LAPOINTE, F., JACQUES, C., PIQUET-GAUTHIER, B. (2001). *Le suicide dans la région du Nord-du-Québec. Une approche rétrospective visant à mieux connaître pour mieux agir.* Centre régional de santé et de services sociaux de la Baie-James.

CORMIER, H. J., KLERMAN, G. L. (1985). Suicide, économie et environnement social au Québec, 1950-1981. *L'Union médicale du Canada.* 114(5) : 360-388.

GAUTHIER, H., ASSELIN, S., BEAUPRÉ, M., DUCHESNE, L., JEAN, S., LAROCHE, D., NORBERT, Y., ST-LAURENT, D. (1998). D'une génération à l'autre : évolution des conditions de vie. Volume 2. Statistiques sociales. Québec : Bureau de la statistique du Québec.

GRATTON, F. (1999). Des jeunes dotés d'une « armature psychologique » solide pour résister aux assauts du suicide. *Vis-à-vie.* 9(2) : 3. Page internet www.cam.org/~aqs/docs/vav/v09/v09n2-04.shtml. Consultée le 2 novembre 2004.

INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC (2005). *Tableau Projection de la population par région sociosanitaire, année 2005.* Diffusé par le Service de développement de l'information. Ministère de la Santé et des Services sociaux.

LANGEVIN, C. (1995). *La situation du suicide dans Chaudière-Appalaches.* Direction de la Santé publique. Régie régionale de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches. 7 p. + annexes.

LAPIERRE, S., PRONOVOST, J., DUBÉ, M., DELISLE, I. (1992). Facteurs de risque associés au suicide chez les personnes âgées vivant dans la communauté. *Santé mentale au Canada.* Septembre. 8-13.

LEGAULT, A., PINARD, C. (1999). Pourquoi les hommes âgés sont-ils plus nombreux à mourir par suicide ? *Vis-à-vie.* 9(3) : 6. Page internet www.cam.org/~aqs/docs/vav/v09/v09n1-03.shtml .Consultée le 3 novembre 2004.

LESAGE, A. (1994). Troubles mentaux et suicide. Santé mentale au Québec. 19(2) : 7-14.

MISHARA, B. L. (1999). Est-ce que les aînés au Québec sont gâtés ? Ou pourquoi y a-t-il relativement peu de suicides chez les personnes âgées ? *Vis-à-vie.* 9(1) : 3. Page internet www.cam.org/~aqs/docs/vav/v09/v09n1-01.shtml .Consultée le 3 novembre 2004.

NIZARD, A. (avec la coll. de) BOURGOIN, N., DE DIVONNE, G. (1998). Suicide et mal-être social. *Population et société.* (334) : 4 p.

PRÉVOST, C., JULIEN, M., BROWN, B. P. (1996). Suicide Associated with the Jacques Cartier Bridge, Montreal, Quebec 1988-1993 : Descriptive Analysis and Intervention Proposal. *Canadian Journal of Public Health.* 87(6): 377-380.

RENAUD, J., CHAGNON, F., HOULE, J. (2001). Les événements stressants peuvent-ils précipiter le suicide chez les adolescents ?. *PRISME.* 36 : 193-196.

ROY, L. (en coll. avec) ST-HILAIRE, E. (2005). *Profil statistique du suicide en Chaudière-Appalaches.* Sainte-Marie : Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches. Direction de santé publique (SRE), 37 p.

SÉGUIN, M. (1999). Trajectoire de vie et « résilience » des personnes suicidaires. *Frontières.* 12(1) : 11-16.

ST-HILAIRE, E. (2001). *Plan d'action global 2001-2004 pour prévenir le suicide dans la région Chaudière-Appalaches.* Pour le Comité régional de prévention du suicide. Direction de la santé publique, de la planification et de l'évaluation. Régie régionale de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches. 17 p.

ST-LAURENT, D., BOUCHARD, C. (2004). *L'épidémiologie du suicide au Québec: que savons-nous de la situation récente?* Unité Connaissance-surveillance. Québec : Institut national de santé publique du Québec. 23 p.

ST-LAURENT, D., TENNINA, S. (2000). *Résultats de l'enquête portant sur les personnes décédées par suicide au Québec entre le 1er septembre et le 31 décembre 1996. Caractéristiques sociodémographiques. Caractéristiques socioéconomiques. Antécédents psychiatriques. Consultation des services de santé.* Ministère de la Santé et des Services sociaux. Bureau du Coroner. Québec : MSSS, Direction des communications. 59 p.

TREMBLAY, G., THIBAULT, Y., FONSÉCA, F., LAPOINTE-GOUPIL, F. (2004). La santé mentale et les hommes : état de situation et pistes d'intervention. *Intervention*. 121 : 6-16.

## Références consultées

BARUTI, M. S., POTVIN, N. (2004). Évaluation de l'implantation de la stratégie québécoise face au suicide. *Coup d'œil sur la recherche et l'évaluation*. (25) : 1-4.

BELLOT, S. (2002). *Un aperçu de la mortalité par suicide en Abitibi-Témiscamingue. Régie régionale de la santé et des services sociaux*. Direction de santé publique. 8 p.

BERGERON, R.-M. (2001). Le suicide chez l'adolescent, que peut apporter la psychanalyse ? *Vis-à-vie*. 11(2) : 2. Page internet www.cam.org/~aqs/docs/vav/v11/v11n2-09.shtml. Consultée le 2 novembre 2004.

BOYER, R., ST-LAURENT, D., PRÉVILLE, M, LÉGARÉ, G., MASSÉ, R., POULIN, C. (2001). Chapitre 17 – Idées suicidaires et parasuicides. INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC (2001). *Enquête sociale et de santé 1998*. 2e édition. Québec : Institut de la statistique du Québec. p. 355-367.

BRENT, D. (1995). Facteurs de risque associés au suicide à l'adolescence : revue des recherches. *PRISME* 5 (4) : 360-374. Traduit par MARCHAND, Denise.

BRENT, D. A., PERPER, J. A., GOLDSTEIN, C. E., KOLKO, D. J., ALLAN, M. J., ALLMAN, C. J., ZELENAK, J. P. (1988). Risk Factors for Adolescent Suicide. *Archive of General Psychiatry*. 45(-): 581-588.

BRETON, J.-J., BILODEAU, H., BOYER, R. (2000). *Un guide pour le développement des programmes en suicidologie*. Premier congrès international de la francophonie en prévention du suicide. Québec 18-21 avril 2000.

CHAGNON, F., RENAUD, J., FARAND, L. (2001). Suicide et délinquance juvénile : phénomènes distincts ou manifestations d'une même problématique ? *Criminologie*. 34(2) : 85-102.

CHARBONNEAU, L. (2000). Le suicide chez les policiers au Québec : enjeux méthodologiques et état de la situation. *Population*. 55(2) : 367-378.

CONNER, K. R., DUBERSTEIN, P. R., CONWELL, Y., SEIDLITZ, L., CAINE, E. D. (2001). Psychological Vulnerability to completed suicide: A Review of Empirical Studies. *Suicide and Life – Threatening Behavior*. 31(4): 16.

DAIGLE, M. (2001). Comportements suicidaires et délinquance, des liens à (re)découvrir. *Criminologie*. 34(2) : 3-7.

DANNENBERG, A. L., BAKER, S. P., LI, G. (1994). Intentional and Unintentional Injuries in Women An Overview. *AEP*. 4(2): 133-139.

DEBOUT, M. (1993). *Le suicide : causes et motivations* – Deuxième partie. Le suicide. Conseil économique et social. p. 41-89.

GAGNÉ, P. (1995). Le suicide chez les moins de 20 ans. *PRISME*. 5(4) : 375-381.

GRATTON, F. (2000). *La sociologie du suicide : son évolution depuis Durkheim, ses rapports avec les autres disciplines*. Actes du premier congrès international de la francophonie en prévention du suicide. Québec 18-21 avril 2000. 6 p.

GRATTON, F., BOUCHARD, L. (2001). Comment des adolescents vivent le suicide d'un jeune ami : une étude exploratoire. *Santé mentale au Québec*. 26(2) : 203-226.

HOUSTON, K., HAWTON, K., SHEPPERD, R. (2001). Suicide in Young People Aged 15-24: A Psychological Autopsy Study. *Journal of Affective Disorders*. 63(2001): 150-170.

JULIEN, M. (1993). *La mortalité due à la violence : suicides et homicides en Montérégie en 1988 et 1989. Une analyse descriptive*. Institut national de santé publique du Québec. Unité de santé publique Charles LeMoyne.

MARANDA, F. (1995). Désordres psychiatriques et suicide à l'adolescence. *PRISME*. 5(4) : 382-388.

SAINT-LAURENT. D. (1997). *L'épidémiologie à l'action : l'utilité de la recherche dans la prévention du suicide*. Actes du 2e séminaire international du réseau francophone de prévention des traumatismes et des accidents. Collection orientations et interventions # 2. p. 129-135.

SÉGUIN, M. (1999). Suicides, générations et culture. *Frontières*. 12(1) : 8-10.

ST-LAURENT, D., BOUCHARD, C. (2004). *L'épidémiologie du suicide au Québec: que savons-nous de la situation récente?* Institut national de santé publique. Direction planification, recherche et innovation. Unité connaissance-surveillance. 44 p.

SURAULT, P. (1992). Nuptialité, divortialité et suicidité : des ruptures à rapprocher ? *Population*. 47(4) : 1042-1044.

TOUSIGNANT, M. (1999). Le suicide dans les petites sociétés. *Frontières*. 12(1) : 43-49.

TOUSIGNANT, M., PAYETTE, T. (1997). *Suicide et toxicomanie : deux phénomènes interreliés.* Comité permanent de lutte à la toxicomanie. 45 p. + annexes.

TOUSIGNANT, M., SÉGUIN, M., LESAGE, A., TURECKI, G. *Événements intergénérationnels comme déclencheurs du suicide.* Conférence. Deuxième congrès international de la francophonie en prévention du suicide. Liège (Belgique). Novembre 2002.

TREMBLAY, M.-J.(avec la coll. de) LÉGARÉ, G. (2001). *Confrontation entre les services offerts par les différentes ressources en prévention du suicide chez les adolescents et les besoins des jeunes présentant des comportements suicidaires.* Rapport de recherche. La prévention du suicide chez les jeunes. Centre hospitalier régional de Rimouski. Régie régionale de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent, 112 p. + annexes.

VRAKAS, G. (1999). Le suicide chez les jeunes : un phénomène multifactoriel. *Vis-à-vie.* 9(2) : 4. Page internet www.cam.org/~aqs/docs/vav/v09/v09n2-03.shtml . Consultée le 2 novembre 2004.

WALLOT, H. (2003). Le suicide, fruit de la désintégration sociale. *L'Actualité médicale.* 2 juillet.

# Annexes

# Échantillonnage

**Figure 9**
**Répartition des dossiers faisant partie de l'échantillon**

| Groupes d'âge | TOTAL DES DOSSIERS | | | DOSSIERS DE FEMME | | | DOSSIERS D'HOMME | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Fermés (n = 393)[1] | Prévus (n = 200) | Obtenus (n = 194) | Fermés (n = 78) | Prévus (n = 73) | Obtenus (n = 69) | Fermés (n = 315) | Prévus (n = 127) | Obtenus (n = 125) |
| **<25 ans** | 55 | 40 | 36 | 8 | 8 | 7 | 47 | 32 | 29 |
| **25-44 ans** | 147 | 65 | 64 | 29 | 29 | 26 | 118 | 36 | 38 |
| **45-64 ans** | 147 | 65 | 65 | 35 | 30 | 31 | 112 | 35 | 34 |
| **>64 ans** | 44 | 30 | 29 | 6 | 6 | 5 | 38 | 24 | 24 |

1. Pour une personne, l'âge au décès n'est pas déterminé.

# Formulaire de collecte de données

A. Documents disponibles dans le dossier ☐ Rapport du coroner ☐ Rapport médical/psychosocial
☐ Rapport toxicologique ☐ Rapport de police ☐ Lettre de suicide

B. Type de collecte C. Date de la collecte D. Professionnel

## Événement

1. Nom du coroner 2. No d'identification

3. Date du décès A M J 5. Moment du décès (heure) 6. Moyens utilisés pour s'enlever la vie

7. Avant de mourir, la personne a-t-elle été traitée dans un établissement de santé avec des signes vitaux?

Établissement. 7. Date.

8. Au moment de l'acte, la personne était-elle sous l'effet d'alcool? Indiquer taux.

9. Au moment de l'acte, la personne était-elle sous l'effet de substances psychoactives ? Si oui, lesquelles

10. La personne était-elle sous l'effet de médicaments? Spécifier.

10.5 Dépasse dose thérapeutique? ☐ Oui ☐ Non 10.5 Nombre de médicaments

11.Où est survenu le suicide?

29. Présence de lettres de suicide? 29. Si oui, spécifier le contenu.

## Données sociodémographiques

12. Âge 13. Sexe 15. Statut civil 16. Combien d'enfants la personne avait-elle?

Lieu de résidence 17. Occupation principale de la personne au moment du décès

18. Type de résidence, au moment du suicide. 19. Type de cohabitation au moment du décès.

## Profil de santé

20. Précédant le décès de la personne, celle-ci a-t-elle vécu des situations de vie particulières? Préciser : par exemple : perte d'emploi, conflit; maladie; séparation; divorce; endettement; faillite; échec à l'école; conflit avec les professeurs ou les autres élèves, taxage, intimidation; humiliation, avortement, orientation sexuelle, violence physique, abus alcool/drogue/médicaments, décès d'une personne significative (indiquer si violence, suicide, date et lien avec la personne); démêlés avec la police, arrestation, poursuite; santé physique (diagnostic de cancer, maladie incurable, etc.) etc.

26. Durant l'année précédant le suicide, la personne a-t-elle manifesté un ou des indicateurs de problèmes de santé mentale parmi les suivants : Perte d'intérêt; Difficulté de concentration ou de mémoire;Trouble du sommeil; Sentiment de tristesse, de vide ou de désespoir; Anxiété, angoisse, peur; Instabilité de l'humeur; Faible estime de soi; Agressivité; Déprimée; Autre (spécifier); Donnée non disponible.

27. Dans l'année précédant le suicide, la personne avait-elle présentée des changements de comportements parmi les suivants?
Euphorie soudaine après une période dépressive; Laisser-aller personnel; Testament; Intérêt pour les sujets de suicide et de mort; Don de choses significatives; Isolement; Déclaration révélant un désir de mort ou préoccupation pour la mort; Autre (spécifier); Donnée non disponible.

21. Est-ce que la personne a déjà présenté une psychopathologie?

21. Est-ce que la personne présentait une psychopathologie au moment du décès?

21. Si oui, préciser.

24. Dans l'année précédant le suicide, la personne avait-elle consulté un professionnel de la santé Si oui, préciser

## Antécédents suicidaires

30. Expression d'idées suicidaires? Si oui, préciser les idées exprimées, à qui et quand

31. La personne avait-elle déjà attenté à sa vie auparavant? 31. Si oui, nombre, dates et moyens.

46. Nombre de personnes de l'environnement interrogées par la police

47. Identification des personnes interrogées.

☐ Soeurs, frères ☐ Parents ☐ Enfants ☐ Ex conjoints

☐ Voisin ☐ Parenté ☐ Témoins

☐ Ami, connaissance ☐ Conjoint, conjointe ☐ Autres personnes, préciser.

48. Autres informations qui seraient disponibles.

49. Impressions.

## Armes à feu

32.Propriétaire de l'arme à feu.

33. Date d'acquisition par le propriétaire.

34. Le propriétaire avait-il un permis de possession d'arme à feu

35. Comment la victime a-t-elle eu accès à l'arme utilisée lors de l'évènement, expliquer.

Y'avait-il plusieurs armes à feu de disponibles

**Renseignements sur l'arme utilisée**

36.Type d'arme à feu

37. Calibre de l'arme (ou des munitions)

38. Mécanisme de l'arme.

39. L'arme était munie d'un dispositif de verrouillage individuel pour la rendre inopérante (exemple : trigger - cable - lock)

40. L'arme était-elle dépourvue d'une pièce afin de la rendre inopérante lors de son entreposage.

41. Est-ce que l'arme était entreposée sous clé dans un contenant, un compartiment ou une pièce verrouillée (rendue inaccessible)?

42. Est-ce que l'arme était entreposée chargée?

43. Les munitions étaient-elles :

## Monoxyde de carbone

44. circonstances de la mort. 45. Sur les lieux du suicide, y avait-il un détecteur de monoxyde de carbone?

## Information supplémentaire sur les moyens utilisés pour se suicider

*Pendaison*

Pour ce qui est de la pendaison, l'information sur les objets et les matériaux utilisés ou sur le lieu de la pendaison n'a pas été colligée.

*Armes à feu*

Pour les 26 personnes ayant utilisé ce moyen pour se suicider, peu d'information a été identifiée dans les dossiers de coroner. Ainsi, dans dix cas, l'arme appartenait à la personne suicidée et dans six cas, l'arme appartenait à une personne près de la victime (père, conjoint, oncle). Pour une personne, l'acquisition remonte à une année, tandis que pour une autre, il s'agit d'un cadeau reçu à l'adolescence. Cinq personnes possédaient un permis d'armes à feu, alors que deux n'en possédaient pas.

Pour ce qui est du type d'arme utilisé, dans 21 cas, il s'agit d'une arme longue, alors que dans 4 cas, il s'agit, d'une arme courte, dans 1 cas l'information n'a pas été trouvée. Pour ce qui est des munitions, la liste figure en annexe.

En ce qui a trait à l'accessibilité et à l'entreposage des armes, pour deux personnes il est mentionné que l'arme était entreposée sous clé. Pour les autres personnes, les lieux d'entreposage sont diversifiés (bureau (1), sous-sol (2), chambre (2), voiture (1)). Les dossiers ont permis de savoir qu'une personne verrouillait son arme, alors qu'une autre personne ne la verrouillait pas et ne l'avait pas rendue inopérationnelle, une personne entreposait son arme chargée, alors que deux autres personnes ne pratiquaient pas ce type d'entreposage. Pour ce qui est de l'entreposage des munitions, deux personnes rangent les munitions avec l'arme et deux autres les rangent séparément sans les mettre sous clé.

Ainsi, le portrait sur les armes à feu comme moyen utilisé pour se suicider est très sommaire étant donné le peu d'information trouvée. Les données disponibles donnent à penser que les armes ne sont pas rangées de façon sécuritaire.

*Empoisonnement par monoxyde de carbone*

Vingt des personnes s'étant empoisonnées avec du monoxyde de carbone (CO) ont utilisé leur voiture à cette fin. Une seule de ces personnes a eu recours à la combustion de sa voiture, les autres en ont aspiré les gaz d'échappement. Pour huit de ces personnes, la voiture était située à l'intérieur d'un garage, alors que pour les autres (10 – dont la personne ayant mis feu à son véhicule), la voiture était situé à l'extérieur. Pour deux personnes, l'information est manquante. Pour parvenir à leur fin, les personnes ont modifié le coffre de leur voiture (2 personnes); ont utilisé un tuyau (7 personnes) dont un tuyau d'aspirateur (3 personnes).

Deux personnes se sont empoisonnées dans leur cabanon en utilisant les appareils se trouvant à l'intérieur (motoneige et tondeuse à gazon).

Aucune information sur les détecteurs de monoxyde de carbone n'a été trouvée dans les dossiers de coroner.

### *Empoisonnement par médication*

Dix-sept personnes ont choisi ce moyen pour s'enlever la vie. Ce qui n'est pas surprenant, pour quinze de ces personnes, au moins un médicament dépassait la dose thérapeutique. Pour huit personnes, 1 seul médicament a été identifié par les analyses toxicologiques, pour six personnes c'est 3 à 5 médicaments qui ont été identifiés et pour deux personnes, 6 médicaments ou plus ont été identifiés. Pour une personne, l'information est manquante.

## Liste des médicaments identifiés par les analyses toxicologiques

| | Dosages thérapeutiques | Dosages trouvés | Fréquence du médicament | Type de médicament[1,2] |
|---|---|---|---|---|
| **A** | | | | |
| 7-AMINO-CLONAZÉPAM | aucun | aucun | 3 personnes | métabolite du clonazépam, un benzodiazépine |
| 7-AMINO-NITRAZÉPAM | aucun | aucun | 1 personne | métabolite du nitrazépam, benzodiazépine |
| ACÉTAMINOPHÈNE | 15-165 umol/l | 15-5 555 umol/l | 12 personnes | analgésique |
| ACIDE SALICYLIQUE | 1-2 mmol/l | 0,6 mmol/l | 1 personne | analgésique anti-inflammatoire |
| ACIDE VALPROÏQUE | 350-700 UMOL/l | 230 umol/l | 1 personne | antiépileptique aussi utilisé comme thymolytique |
| AMITRIPTYLINE | aucun | <100-2 400 nmol/l | 3 personnes | antidépresseurs |
| AMITRIPTYLINE+NORTRIPTYLINE | 200-900 nmol/l | 1 930-7 120 nmol/l | 3 personnes | antidépresseurs |
| **B** | | | | |
| BARBITURIQUES | aucun | aucun | 1 personne | |
| BENZODIAZÉPINES | aucun | présence dans l'urine | 6 personnes | |
| BROMAZEPAM | 250-470 nmol/l | 130- 4 120 nmol/l | 6 personnes | benzodiazépines |

| | Dosages thérapeutiques | Dosages trouvés | Fréquence du médicament | Type de médicament[1,2] |
|---|---|---|---|---|
| BUTALBITAL | aucun | aucun | 1 personne | barbiturique traitement des céphalées et agent sédatif-hyptonique |
| **C** | | | | |
| CARBAMAZÉPINE | aucun | 6 umol/l | 1 personne | anticonvulsivant pour l'épilepsie et thymolytique |
| CHLORPROMAZINE | 150-950 | 3 440nmol/l | 1 personne | neuroleptique |
| CLOMIPRAMINE | 120-800 nmol/l | 2 990 nmol/l | 1 personne | antidépresseur |
| CLONAZÉPAM | 50-500 nmol/l | <10-81 nmol/l | 6 personnes | benzodiazépine |
| CODÉINE | 100-900 nmol/l | 140-2 480 nmol/l | 4 personnes | 006 mg % analgésique |
| **D** | | | | |
| DESMÉTHYLDIAZÉPAM | 1-15 umol/l | 0,6 umol/l | 1 personne | métabolite du diazépam, un benzodiazépine |
| DEXTROMÉTHORPHAN | aucun | 7780 nmol/l | 2 personnes | antitussif |
| DIAZÉPAM | 0,2-10,0 umol/l | 0,4 umol/l | 1 personne | benzodiazépine |
| DILTIAZEM | 0,1-0,6 umol/l | 0,9-6,5 umol/l | 3 personnes | antihypertenseur et antiangineux |
| DIPHENHYDRAMINE | 0,2-1,2 umol/l | 2,1-35,4 umol/l | 6 personnes revoir dosages d'origine | antihistaminique |

| | Dosages thérapeutiques | Dosages trouvés | Fréquence du médicament | Type de médicament[1,2] |
|---|---|---|---|---|
| **E**<br>EDDP (MÉTABOLITE DE LA MÉTHADONE) | aucun | aucun | 1 personne | |
| ENTROPHEN | aucun | aucun | 1 personne | analgésique |
| **F**<br>FLUOXETINE | 0,1-2,0 umol/l | 4,4-5,0 umol/l | 2 personnes | antidépresseur |
| FLURAZÉPAM | <80 nmol/l | 20-660 nmol/l | 3 personnes | benzodiazépine |
| **H**<br>9-HYRDROXYRISPÉRIDONE | aucun | 148 ng/ml | 1 personne | métabolite du rispéridone, un antipsychotique |
| L<br>LÉVORPHANOL | aucun | aucun | 1 personne | analgésique narcotique |
| LIDOCAÏNE | 6-25 umol/l | 14 umol/l | 2 personnes | anesthésique |
| LITHIUM | 0,5-1,5 mmol/l | 0,6 mmol/l | 1 personne | traitement des symptômes maniaques |
| LORAZÉPAM | 50-800 nmol/l | 180-40 330nmol/l | 4 personnes | benzodiazépine |
| **M**<br>MÉPÉRIDINE | 0,8-3,2 umol/l | 185,4 umol/l | 1 personne | analgésique narcotique |
| MIDAZOLAM | aucun | aucun | 1 personne | benzodiazépine |
| MORPHINE | aucun | aucun | 1 personne | analgésique narcotique |

| | Dosages thérapeutiques | Dosages trouvés | Fréquence du médicament | Type de médicament[1,2] |
|---|---|---|---|---|
| **N** | | | | |
| N-1 DÉSAKYLFLURAZÉPAM | 100-500 nmol/l | 170-31 800 nmol/l | 8 personnes | métabolite du flurazépam, un benzodiazépine |
| NITRAZÉPAM | 50-150 nmol/l | 260 nmol/L | 1 personne | benzodiazépine |
| NORFLUOXÉTINE | aucun | 4,3 et 23 umol/l | 2 personnes | métabolite du fluoxétine, un antidépresseur |
| NORMÉPÉRIDINE | aucun | aucun | 1 personne | métabolite du mépéridine[3], un analgésique narcotique |
| NORTRIPTYLINE | 200 à 600 nmol/l | 630-7120 nmol/l | 3 personnes | antidépresseur |
| **O** | | | | |
| OLANZAPINE | 25-300 nmol/l | jusqu'à 1 910 nmol/l | 4 personnes | antipsychotique et antimaniaque |
| OPIACÉS | aucun | aucun | 2 personnes | |
| OXAZÉPAM | 500-3500 nmol | 70-13 860 nmol/l | 11 personnes | benzodiazépine |
| OXYCODONE | 20-100 nmol/l | 12 370 nmol/l | 1 personne | analgésique narcotique |
| OXYMORPHONE | 20-100 nmol/l | 605 nmol/l | 1 personne | analgésique narcotique |
| **P** | | | | |
| PAROXÉTINE | 0,1-1,0 umol/l | 2,2 umol/l | 1 personne | antidépresseur |
| PRIMIDONE | aucun | aucun | 1 personne | hypnotique et anticonvulsivant traitement épilepsie |

| | Dosages thérapeutiques | Dosages trouvés | Fréquence du médicament | Type de médicament[1,2] |
|---|---|---|---|---|
| PROCHLORPÉRAZINE | aucun | aucun | 1 personne | antipsychotique |
| PROPAFÉNOME | aucun | aucun | 1 personne | antiarythmique |
| PROPOFOL | aucun | aucun | 1 personne | hypnotique |
| **Q**<br>QUININE | aucun | aucun | 1 personne | antipaludium |
| **R**<br>RISPÉRIDONE | aucun | 051 ng/ml | 1 personne | antipsychotique |
| **T**<br>TÉNAZÉPAM | 0,5 - 3,0 umol/l | < 0,05 - 1umol/l | 3 personnes | benzodiazépine |
| **V**<br>VENLAFAXINE | 0,1-1,2 umol/l | 1,0 à 216,0 umol/l | 8 personnes | antidépresseur-anxiolytique |
| **W**<br>WARFARINE | 3-23 umol/l | 1 umol/l | 1 personne | anticoagulant |

1. À moins d'indications contraires, les métabolites sont biologiquement actifs.
2. Les antidépresseurs et les anxiolitiques sont du même type de médicaments que les benzodiazépines et les hypnotiques-sédatifs, mais d'une autre génération. Ils ont beaucoup d'effets secondaires importants. Pour leur part, les neuroleptiques et les antipsychotiques sont utilisés pour traiter les psychoses.
3. Ne possède pas d'effet pharmacologique notable.

## Liste des munitions

| | |
|---|---|
| .16 | (armes courtes) |
| .22 | (armes courtes ou longues) |
| .25 | (armes courtes) |
| 30-30 | (armes longues – carabines) |
| .303 | (armes longues – carabines) |
| .32 | (armes courtes) |
| 12 | (armes longues – fusils) |
| 20 | (armes longues – fusils) |
| 22 | (armes courtes ou longues) |
| 30.06 | (armes longues) |
| 410 | (armes longues) |
| combinée .22 et .410 | (armes longues) |

**Le présent document peut être consulté**
**à la section publications du site Web**
**de l'Agence de développement de réseaux locaux**
**de services de santé**
**et de services sociaux de Chaudière-Appalaches**
**dont l'adresse est** [www.rrsss12.gouv.qc.ca]

Québec